T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

MİYOKART İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNE UYGUN VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Derya ŞANLI

İstanbul
Haziran-2025

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

MİYOKART İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNE UYGUN VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Derya ŞANLI

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

İstanbul
Haziran-2025

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ	(Islak İmza)
Üye	Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK	(Islak İmza)
Üye	Doç. Dr. Zülfünaz ÖZER	(Islak İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Islak İmza

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım "**Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Öğrenim Gereksinimlerine Uygun Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi"** adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Derya ŞANLI
İstanbul-2025

ÖN SÖZ

Bilimsel araştırmanın kapılarını araladığım ve kendimi geliştirmek için çıktığım yolda, akademik yolculuğuma ışık tutan kıymetli hocalarım olmadan ilerlemek mümkün olmazdı. Doç. Dr. Zülfünaz Özer, Prof. Dr. Ayşe Nefise Bahçecik ve danışmanım Prof. Dr. Feride Taşkın Yılmaz; bilgi, deneyim ve yönlendirmeleriyle akademik gelişimime değerli katkılar sundular. Her biri bu sürece farklı bakış açıları ve ilham katarak çalışmamın şekillenmesinde önemli rol oynadı. Kendilerine sonsuz minnet ve şükranlarımı sunarım.

Hayatım boyunca yanımda olan ve desteğini hiç esirgemeyen aileme en içten teşekkürlerimi sunarım. Babam Müslüm Şanlı'nın her zaman güven veren duruşu, annem Sönmez Şanlı'nın cesaret veren desteği ve kardeşlerim Arif ile Demet'in varlığı, bu sürecin en kıymetli dayanakları olmuştur.

Son olarak, çalışmama gönüllü olarak katılan, katkılarıyla bu araştırmanın gerçekleşmesini mümkün kılan tüm hastalarıma teşekkür ederim. Araştırmamın iç hastalıkları bilim camiasında etkili bir yer edinmesini dilerim.

Derya ŞANLI
İstanbul-2025

ÖZET

MİYOKART İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNE UYGUN VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Derya ŞANLI

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ

Haziran, 2025 – 107 Sayfa

Bu yarı deneysel çalışmanın amacı, miyokard enfarktüsü (MI) geçiren hastalarda öğrenme ihtiyaçlarına göre uyarlanmış taburculuk eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmektir. Mart 2024 ve Mayıs 2025 tarihleri arasında İstanbul'da bir şehir hastanesinin kardiyoloji servisinde yürütülen çalışmaya 30'u müdahale, 30'u kontrol grubunda olmak üzere 60 MI hastası dahil edilmiştir. Veriler Hasta Tanımlama Formu, Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ve Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİBDÖ) kullanılarak toplanmıştır. Kontrol grubu rutin taburculuk eğitimi alırken, müdahale grubu belirlenen öğrenme ihtiyaçlarına göre ek eğitim almıştır. Takip görüşmeleri taburcu olduktan sonraki dördüncü veya beşinci haftada yapılmıştır. Sonuçlar, müdahale grubunun ortalama MİBDÖ puanlarının önemli ölçüde azaldığını ($p<0.001$), bunun da bilgi ihtiyaçlarının azaldığını ve yaşam kalitesinin arttığını gösterdiğini, kontrol grubunun puanlarının ise arttığını ($p<0.001$) göstermiştir. Müdahale grubunun son görüşmedeki ortalama puanları da kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.001$). İlaç yan etkileri alt boyutu hariç, müdahale grubundaki diğer tüm alt boyutlar anlamlı iyileşme gösterirken ($p<0.05$), kontrol grubu tüm alanlarda puan artışı göstermiştir ($p<0.001$). Bu bulgular, hastaların öğrenme ihtiyaçları ile uyumlu taburculuk eğitiminin bilgi ihtiyaçlarını etkili bir şekilde azalttığını ve taburculuk sürecine olumlu katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Miyokard İnfarktüsü, Taburculuk Eğitimi, Yaşam Kalitesi, Öğrenim Gereksinimi, Hemşire

ABSTRACT

THE EFFECT OF DISCHARGE EDUCATION GIVEN IN ACCORDANCE WITH LEARNING NEEDS ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Derya ŞANLI

MSc, Medical Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr.Feride TAŞKIN YILMAZ

June, 2025 – 107 Pages

This quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of discharge education tailored to learning needs on the quality of life in patients with myocardial infarction (MI). Conducted between March 2024 and May 2025 in the cardiology wards of a city hospital in Istanbul, the study included 60 MI patients, with 30 in the intervention group and 30 in the control group. Data were collected using the Patient Identification Form, the Patient Learning Needs Scale (PLNS), and the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS). While the control group received routine discharge education, the intervention group received additional education based on their identified learning needs. Follow-up interviews were conducted in the fourth or fifth week after discharge. Results showed that the mean MIDAS scores of the intervention group significantly decreased ($p<0.001$), indicating reduced information needs and improved quality of life, whereas the scores in the control group increased ($p<0.001$). The intervention group also had significantly lower mean scores than the control group at the final interview ($p<0.001$). Except for the drug side effects sub-dimension, all other sub-dimensions in the intervention group showed significant improvement ($p<0.05$), while the control group showed increased scores in all areas ($p<0.001$). These findings indicate that discharge education aligned with patients' learning needs effectively reduces information needs and contributes positively to the quality of life in MI patients.

Keywords: Myocardial Infarction, Discharge Education, Quality of Life, Learning Needs, Nurse

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....ii
ÖN SÖZ.....iii
ÖZET.....iv
ABSTRACT.....v
İÇİNDEKİLER.....vi
TABLOLAR LİSTESİ.....ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....x
KISALTMALAR LİSTESİ.....xi
BİRİNCİ BÖLÜM.....1
1.GİRİŞ.....1
1.2. Araştırmanın Amacı.....2
1.3. Araştırma Hipotezleri.....2
İKİNCİ BÖLÜM.....3
2.GENEL BİLGİLER.....3
2.1. Miyokard İnfarktüsü.....3
2.1.1. Miyokard İnfaktüsü Tanımı.....3
2.1.2. Miyokard İnfaktüsü Epidemiyolojisi.....3
2.1.3. Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri.....4
2.1.3.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri.....4
2.1.3.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri.....6
2.1.4. Miyokard İnfarktüsünde Tedavi.....6
2.1.5. Miyokard İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımı.....8
2.1.6.Miyokard İnfarktüsünde Taburculuk Eğitimi.....9
2.2. Yaşam Kalitesi.....11
2.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....11
2.2.2. Yaşam Kalitesinin Bileşenleri.....11
2.2.3. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi.....12
2.2.4. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesinde Hemşirenin Rolü.....13
2.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri.....14
2.3.1. Öğrenim Gereksinimi Kavramı.....14

2.3.2. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Öğrenim Gereksinimleri....14
2.3.3. Hasta Öğrenin Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirenin Rolü....15
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM....17
3.GEREÇ VE YÖNTEM....17
3.1. Araştırmanın Modeli....17
3.1.1. Araştırma Hipotezleri....17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı....17
3.3. Evren ve Örneklem....17
3.3.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Belirlenmesi....18
3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri....18
3.4. Veri Toplama Araçları....20
3.4.1. Hasta Tanılama Formu....20
3.4.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)....20
3.4.3. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİBDÖ)....21
3.5. Verilerin Toplanması....21
3.5.1. Hasta Öğretim Planı....21
3.5.2. Eğitim Süreci....23
3.5.2.1. Müdahale Grubu....23
3.5.2.2. Kontrol Grubu....24
3.6. Araştırmanın Değişkenleri....24
3.7. Verilerin Analizi....24
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu....25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları....25
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM....26
4.BULGULAR....26
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular....26
4.2. İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HÖGÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular....30
4.3. İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının MİBDÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular....32

4.4. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HÖGÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....34
4.5. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının MİBDÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....37
4.6. Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde HÖGÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....39
4.7. Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde HÖGÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....41
4.8. Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde MİBDÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....43
4.9. Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde MİBDÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....46
BEŞİNCİ BÖLÜM.....49
5.TARTIŞMA.....49
5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....49
5.2. İlk ve Son Görüşmelerde Müdahale Grubundaki Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....51
5.3. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....52
5.4. İlk ve Son Görüşmelerde Müdahale Grubundaki Hastaların MİBDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....53
5.5. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MİBDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....55
ALTINCI BÖLÜM.....56
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....56
KAYNAKÇA.....58
EKLER.....74
ÖZGEÇMİŞ.....**87**

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....26
Tablo 4.2: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılmas.....28

Tablo 4.3: İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....31

Tablo 4.4: İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....33

Tablo 4.5: Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmas.....35

Tablo 4.6: Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....37

Tablo 4.7: Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....39

Tablo 4.8: Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....42

Tablo 4.9: Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....44

Tablo 4.10: Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1:Consort Akış Şeması.....19

KISALTMALAR LİSTESİ

AHA: American Heart Association / Amerikan Kalp Derneği

AKS: Akut Koroner Sendrom

aPTT: Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı

CIHI: Canadian Institute for Health Information / Kanada Sağlık Bilgileri Enstitüsü

DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension / Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımları

WHO: World Health Organisation / Dünya Sağlık Örgütü

EKG: Elektrokardiyografi

HÖGÖ: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

KABG: Koroner Arter Bypass Greft

LDL: Low Density Lipoprotein / Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

MI: Miyokard İnfarktüsü

MİBDÖ: Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği

PKG: Perkütan Koroner Girişim

PTCA: Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TEKHARF: Türk Kardiyoloji Derneğinin Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BİRİNCİ BÖLÜM
1.GİRİŞ

Miyokard infarktüsü (MI), koroner arter kan akımının azalmasına neden olan ateroskleroz veya trombüs nedeniyle gelişen ve kardiyovasküler hastalıklar içerisinde en sık karşılaşılan akut tablodur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2020). MI, yüksek mortalite oranları, ciddi komplikasyon riski ve nüks etme eğilimi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Visseren ve ark., 2021; Collet ve ark., 2021).

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda fiziksel işlevlerde azalma, yeniden MI geçirme korkusu, sosyal izolasyon, halsizlik, uyku problemleri gibi sorunlar nedeniyle yaşam kalitesi bozulabilmektedir (Dural ve Çıtlık Sarıtaş, 2017a; Liljeroos ve ark., 2023). Yaşam kalitesi, bireyin yaşamdan duyduğu memnuniyet ve esenlik algısı olarak tanımlanmaktadır (Ingrassia ve ark., 2020). MI sonrasında yaşam kalitesini artırmak, tedavi sürecini hızlandırmak ve hastanın bakım sürecine aktif katılımını sağlamak için, yaşam kalitesindeki düşüşe neden olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu faktörlerin yönetilmesi gerekmektedir (Dural ve Çıtlık Sarıtaş, 2017b). Bu konuda önerilen yaklaşımlarda en önemlisi, hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmesidir (Özer ve Sezgin, 2015; Alkan, 2016; Kasapoğlu ve Enç, 2017; Dural ve Çıtlık Sarıtaş, 2017b).

Miyokard infarktüsü sonrası hastalara planlı bireyselleşmiş taburculuk eğitimi verilebilmesi, planlı eğitimin verilemediği durumlarda spontan eğitimin devam ettirilebilmesi için, öncelikle bu hastalarda öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir (Huriani, 2019). Yapılan bir çalışmada MI sonrası öğrenim gereksiniminin hastanın öz bakım düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Huriani, 2019; Timmins ve Kaliszer, 2003). MI geçiren hastaların öğrenim gereksinimleri içerisinde, kalbin anatomi ve fizyolojisi, psikolojik faktörler, yaşam şekli faktörleri, doğru ilaç kullanımı, doğru beslenme şekli, fiziksel aktiviteyi arttırmaya yönelik girişimler, yaşam tarzı değişiklikleri ve semptom yönetimi yer almaktadır (Uysal ve Enç 2012; Alsaqri ve ark., 2020; Sarıoğlu ve Gök, 2022). Literatürde gereksinime göre verilen eğitimlerin hastaneye tekrarlı yatışları önlediği ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığı vurgulanmaktadır (Cockayne ve ark., 2014). Ayrıca, yakın zamanda yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, MI geçiren hastalara yönelik

özelleştirilmiş eğitim programlarının, bilgi düzeyi, ilaç uyumu, beslenme uyumu ve bireysel takip üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. (Ebrahimi ve ark., 2020; Tuna ve Pakyüz, 2022). Bu nedenle hastalara verilen eğitimin, öğrenim gereksinimleri doğrultusunda yapılandırılarak ve planlı bir şekilde verilmesi önemlidir (Tan vd., 2013; Alkan ve Enç, 2015; Özer ve Sezgin, 2015; Kasapoğlu ve Enç, 2017).

Miyokard infarktüsünün bakım ve tedavi sürecinde hemşirelerden, hastaların yatışından taburculuğuna kadar öğrenim gereksinimleri doğrultusunda bireyselleştirilmiş eğitim vermeleri beklenmektedir (Mosleh vd., 2017; Kızıl, 2018). Ancak yapılan çalışmalarda, hemşirelerin, hasta eğitiminde genellikle belirli konulara odaklandığı ve hastaların öğrenme ihtiyaçlarına uyumlu eğitim vermediği belirlenmiştir (Mosleh ve ark., 2017; Nuraeni ve ark., 2018). Ayrıca literatürde hastaların öğrenim gereksinimlerine yönelik bireyselleştirilmiş eğitimin verilemediği göze çarpmaktadır. Literatür doğrultusunda, MI hastalarının taburculuk öncesi öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlere yönelik uyarlanmış taburculuk eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendiren çalışmalara rastlanmamış olması, bu çalışmanın yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, MI geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun olarak verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırma Hipotezleri

H1: Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastaların öğrenim gereksinimlerini azaltır.
H2: Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastaların yaşam kalitesini artırır.

İKİNCİ BÖLÜM
2.GENEL BİLGİLER

2.1. Miyokard İnfarktüsü

2.1.1. Miyokard İnfaktüsü Tanımı

Miyokard infarktüsü (MI), kalp kasının oksijen yetersizliği sonucu nekroza uğramasıyla karakterize, akut koroner sendromun en ciddi formlarından biri olup dünya genelinde önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Brown ve ark., 2023). Genellikle aterosklerotik plak yırtılmasına bağlı koroner tıkanıklık sonucu gelişen MI, zamanında müdahale edilmediğinde geri dönüşümsüz kalp hasarına yol açmaktadır (Frostegård, 2013). Klinik tanı, tipik göğüs ağrısı (baskı, sıkışma veya yanma hissi), elektrokardiyografik (EKG) değişiklikleri ve kardiyak belirteçlerdeki (troponin, CK-MB) yükselme ile konulmakadır (Sohaib ve ark., 2022). Ağrı sıklıkla sol kola, omuza, boyuna veya çeneye yayılırken, nefes darlığı, soğuk terleme, bulantı ve halsizlik gibi ek semptomlar da görülebilir (Buruntekin, 2022; Fekonja ve ark., 2023). Atipik belirtilerle de seyredebilen MI, erken tanı ve acil tedavi gerektiren, mortalitesi yüksek bir klinik tablodur (Khan ve ark., 2023).

2.1.2. Miyokard İnfaktüsü Epidemiyolojisi

Miyokard infarktüsü, yüksek mortalite oranları, ciddi komplikasyon riski ve nüks etme eğilimi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu teşkil etmektedir (Visseren ve ark., 2021; Collet ve ark., 2021). Hastalığın epidemiyolojik profili incelendiğinde, farklılıklar gözlemlenmektedir. Fransa'da yapılan bir çalışmada, 2019 yılı verileri, MI'nın da dahil olduğu iskemik kalp hastalıklarının, ülkede yaklaşık 840.000 vaka ile ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer aldığını ortaya koymaktadır (Vos ve ark., 2019). Benzer şekilde, Kanada Sağlık Bilgileri Enstitüsü (CIHI) tarafından 2022'de yayımlanan verilere göre, yetişkin popülasyonunda MI öyküsüne sahip olma oranı %3 ile %4 arasında değişmektedir (CIHI, 2022). Amerikan Kalp Derneğinin (AHA) 2024 yılına ait verilerine göre ise, her yıl yaklaşık 805.000 MI vakası bildirilmektedir (AHA, 2024). Bu örneklerden görüldüğü üzere, MI prevelansı ve mortalitesi gelişmiş ülkelerde yüksek olsa da, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre kardiyovasküler

hastalıklara bağlı ölümlerin yaklaşık %75'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir. Özellikle, bu bölgelerde kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili ölüm oranları 100 binde 280'i aşmaktadır (WHO, 2022).

Türkiye'ye bakıldığında, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 yılı verilerine göre bildirilen tüm ölümlerin %33.4'ü kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır (TÜİK, 2023). Kardiyovasküler ölümlerin alt grupları incelendiğinde, bu ölümlerin %42.4'ünün iskemik kalp hastalıkları, özellikle de MI nedeniyle gerçekleştiği saptanmıştır. Bu oran, DSÖ'nün küresel ortalamasıyla benzerlik göstermektedir. Ancak, Türk Kardiyoloji Derneğinin Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) Çalışmasına göre, Türk toplumunda MI dahil iskemik kalp hastaları insidansı ve mortalitesi, Avrupa ülkelerine kıyasla daha yüksektir (Civek ve Akman, 2022).

2.1.3. Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri

Miyokard infarktüsün ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörleri, iki ana grupta incelenmekte olup bunlar değiştirilebilen ve değiştirilemeyen faktörler olarak kategorize edilmektedir. Değiştirilebilen risk faktörleri, bireylerin yaşam tarzı ve sağlık durumu ile doğrudan ilişkilidir. Bu faktörler arasında hipertansiyon, hiperlipidemi, diabetes mellitus, sigara ve alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve obezite yer almaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise, genetik yatkınlık ve biyolojik özelliklerden kaynaklanmaktadır ve yaş, cinsiyet ve aile öyküsü bu kategoriye girmektedir (Pencina ve ark., 2019).

2.1.3.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Hiperlipidemi: Özellikle düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) kolesterol yüksekliği, endotel disfonksiyonu ile sinerjistik etki göstererek aterosklerozun temel patojenik mekanizmasını oluşturmaktadır (Jebari-Benslaiman ve ark., 2022). Endotel hücrelerinde oksidatif stresin tetiklenmesi, inflamatuar sitokin salınımı ve vazodilatasyon kapasitesinin bozulması, aterojenik plak formasyonunu hızlandırır. İlerleyen süreçte, fibroz kapağı zayıflamış ülserli plakların rüptürü, trombosit aktivasyonu ve trombin kaskadının aktivasyonuyla birlikte oklüzif koroner tromboz gelişimi MI ile sonuçlanır. Epidemiyolojik veriler, hiperlipidemisi olan bireylerde MI

riskinin, normolipidemik popülasyona kıyasla iki kat daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Karr, 2017; Liu ve ark., 2022; Munir, 2024).

Sigara: MI gelişiminde hiperlipidemiden sonra ikinci en büyük risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Krittanawong ve ark., 2021). Sigara içimi, arter duvarlarında proliferasyon ve sertleşme meydana getirerek, kan akışını yavaşlatır. Ayrıca, trombositlerin aktive olmasına ve trombüs oluşumuna katkıda bulunur (Ramotowski ve ark., 2023). T.C. Sağlık Bakanlığı (2023) verilerine göre, sigaranın bırakılması ile kalp krizi sonrası mortalitede %36'lık istatistiksel olarak anlamlı bir azalma gözlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Hipertansiyon: Diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Özellikle MI, hipertansiyonun doğrudan bir komplikasyonu olarak ortaya çıkma eğiliminde olduğundan, en önemli düzeltilebilir risk faktörlerinden biridir (Yang ve ark., 2022). Patofizyolojik olarak, yüksek kan basıncı damar endotelinde lipid birikimini artırarak aterosklerotik süreci hızlandırır (Pandit, 2017) ve bunun sonucunda iskemik hasar ile MI gelişir (Visseren ve ark., 2021).

Diabetes mellitus: Aterosklerotik yapının gelişiminde bağımsız bir risk faktörü olarak rol oynamaktadır (Yandrapalli ve ark., 2020). Yüksek kan şekeri düzeyleri ve insülin direnci, damar duvarlarında hasara yol açarak ateroskleroz sürecini hızlandırmakta; bu durum inflamasyon, oksidatif stres ve pıhtılaşma eğiliminde artışa neden olarak MI riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Khan ve Jandeleit-Dahm, 2025). Nitekim yapılan çalışmalarda, diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalık gelişme oranının diyabeti olmayan bireylere kıyasla iki ila dört kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Patel ve ark., 2017; Dal Canto ve ark., 2019).

Alkol: Orta düzeyde alkol tüketimi, sağlıklı bireylerde kardiyovasküler mortalite ve morbidite oranlarını düşürebilirken, aşırı alkol alımı miyosit yenilenmesini engelleyerek miyokardiyal kasılmaların azalmasına ve geri dönüşümsüz hücre ölümlerine yol açabilir (WHF, 2022).

Obezite: Obezite prevalansındaki artış, küresel halk sağlığını tehdit eden kritik bir sorun olmakla birlikte, koroner arter hastalığının en önemli modifiye edilebilir risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar, obezitenin kronik düşük

dereceli enflamasyonu tetikleyerek endotel disfonksiyonuna yol açtığını ve bu sürecin ateroskleroz patogenezini hızlandırdığını ortaya koymaktadır (Henning, 2021; Powell-Wiley ve ark., 2021; Civek ve Akman, 2022).

Fiziksel hareket azlığı: Düzenli fiziksel aktivitenin birincil koruma olarak kardiyovasküler hastalıkların insidansını azalttığı ve ikincil korumada ise hastalığın ilerlemesini ve ölüm oranlarını düşürdüğü bilinmektedir (Alves ve ark., 2016; Winzer ve ark., 2018). Düzenli fiziksel hareket, trombosit ve lökosit aktivasyonunu azaltarak, endotel fonksiyonunu iyileştirir ve arterlerdeki yeniden şekillenmelere yol açar. Ayrıca, miyokardiyal perfüzyonda iyileşmeler sağlanır (Visseren ve ark., 2021).

2.1.3.2. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş: 60 yaş ve üzeri bireylerde MI başlıca ölüm sebebi olurken (Salari ve ark., 2023), 18–59 yaş arasındaki genç yetişkinlerde MI görülme sıklığı, son yıllarda artış göstermektedir (Bruno ve ark., 2022; Desai ve ark., 2023).

Cinsiyet: 60 yaşın altındaki bireylerde MI geçirme riski erkeklerde, kadınlara göre daha yüksektir. Erkekler, genç yaşta MI risk faktörlerine daha yatkın olduklarından, kadınlar ilk MI vakalarını erkeklerden yaklaşık 9 yıl sonra yaşamaktadır (Pedersen ve ark., 2016).

Aile öyküsü: Ailede MI öyküsünün olması, kişinin MI geçirme riskini iki katına çıkarmaktadır (Ranthe ve ark., 2015).

2.1.4. Miyokard İnfarktüsünde Tedavi

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda zamanında hastaneye ulaşım, mortalite ve morbiditeyi belirleyen en kritik faktörlerden biridir. Bu süreçte uygulanan tıbbi tedavinin temel hedefi, miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak ve mümkün olan en kısa sürede koroner reperfüzyonu sağlayarak nekroz alanını sınırlamaktır (Abdollahifar ve ark.,2025). Literatürde, iskeminin başlangıcından itibaren ilk 120 dakika süresinin, reperfüzyon tedavilerinin etkinliği açısından kritik bir dönemi oluşturduğu ifade edilmektedir (Henderson ve ark., 2024). Ayrıca, her 30 dakikalık tedavi gecikmesinin, bir yıllık mortalite riskinde %7.5 oranında bir artışa yol açtığına dair bulgular mevcuttur (Chowdhury ve ark., 2021).

Miyokard infarktüsünün acil tedavi sürecinde, hastanın fiziksel stresinin azaltılması amacıyla yatak istirahati sağlanmalı ve dolaşımı engelleyebilecek dar giysiler çıkarılmalıdır. Hastanın klinik durumu yakından izlenmeli; hemodinamik parametreler, vital bulgular ve elektrokardiyografi (EKG) değişiklikleri monitörizasyon yoluyla sürekli takip edilmelidir. Olası bir acil duruma karşı kardiyopulmoner resüsitasyon ekipmanları hazır tutulmalıdır. Oksijen desteği sağlanarak, nazal kanül ile 2-4 litre oksijen verilmesi ve oksijen satürasyonunun %90'ın üzerinde tutulması gereklidir. Şiddetli göğüs ağrısı, katekolamin salınımını artırarak anksiyeteye yol açmakta ve bu da miyokardın iş yükünü ve oksijen gereksinimini artırmaktadır. Bu sebeple, ağrı kontrolü hemen yapılmalıdır. Ağrıyı yönetmek için, sistolik kan basıncının 90 mmHg'nin üzerinde olması koşuluyla nitratlar intravenöz veya dilaltı yoldan uygulanmalıdır. Ağrıya yanıt alınmayan şiddetli vakalarda ise morfin sülfat kullanılmalıdır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2020; Enç, 2019).

Miyokard infarktüsünün farmakolojik tedavisinde, ağrı kontrolünün yanı sıra, heparin gibi antikoagülanlar kullanılarak tedaviye devam edilir. Heparin, genellikle intravenöz yoldan bolus ve idame infüzyon şeklinde en az 48 saat süreyle uygulanır. Heparinin etkinliği, aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) düzeyinin izlenmesiyle değerlendirilir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2020). Beta blokerler, kalp hızını, kan basıncını ve miyokard kontraktilitesini azaltarak diyastol süresini uzatır, bu da koroner perfüzyonun artmasına yardımcı olur (Ibanez ve ark., 2018; Enç, 2019). Ayrıca, antilipid tedavi uygulanarak, tekrarlayan koroner olayların sıklığı azaltılabilir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2020).

Miyokard infarktüsünün reperfüzyon tedavisi, fibrinolitik ilaçların uygulanması ve perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA) yöntemleriyle gerçekleştirilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2020). PTCA işlemi, genellikle femoral arter veya ven yoluyla koroner anjiyografi yapılarak tıkanıklık ya da plak oluşumlarının belirlenmesi ve ardından balon kateter aracılığıyla bu plaklara mekanik baskı uygulanarak açılmasını amaçlamaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2020). Bu girişim, perkütan koroner girişim (PKG) olarak adlandırılmakta olup, stentsiz veya stentli olmak üzere iki şekilde uygulanabilmektedir. Stentli PKG'de, balonun şişirilmesini takiben stentin açılarak ilgili damar segmentine yerleştirilmesiyle damar

açıklığının kalıcı olarak sağlanması hedeflenmektedir (Akdemir, 2021). Uygulanan medikal ve girişimsel tedavilere rağmen klinik bulgularda iyileşme sağlanamayan durumlarda, koroner anatomik yapının PKG için uygun olmaması ya da girişimin başarısız olması gibi nedenlerle cerrahi tedaviye başvurulması gerekebilmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2020; Akdemir, 2021).

2.1.5. Miyokard İnfarktüsünde Hemşirelik Bakımı

Miyokard infarktüsü izleyen süreçte yürütülen düzenli takip ve kapsamlı değerlendirme, etkili hastalık yönetiminin temelini oluşturmaktadır (Sabouret ve ark., 2022). Bu süreç; tanının doğrulanması, hastalığın prognozunun izlenmesi, komplikasyon risklerinin erken evrede belirlenmesi ve müdahale stratejilerinin zamanında uygulanabilmesi büyük önem taşımaktadır (Shan ve ark., 2023). Hemşireler, bu sürecin her aşamasında aktif rol alarak, hastanın ilk semptomlarının ortaya çıkışından itibaren sağlık hizmetine erişimi, tıbbi ve girişimsel tedavi süreçleri ile taburculuk sonrası bakım ve rehabilitasyonuna kadar kesintisiz ve bütüncül bir bakım sunarlar (Türen ve Efil, 2014; Alkhaqani ve Ali, 2022).

Miyokard infarktüsü geçiren hastada hemşirelik bakımının temel hedefleri, hastanın sürekli değerlendirilmesi, anjinal ağrının etkin biçimde izlenmesi ve yönetilmesi, miyokardın oksijen talebinin azaltılarak yeterli oksijen desteğinin sağlanması, hemodinamik dengeyi koruyacak şekilde optimal kalp debisinin sürdürülmesi, olası komplikasyonların erken dönemde fark edilip önlenmesi ve taburculuk sürecinde hasta ile ailesine yönelik kapsamlı eğitimlerin verilmesidir (Akdemir, 2021; Enç, 2019).

Hemşirelerin MI tanısı alan hastaya yaklaşımı, kapsamlı bir değerlendirme süreci gerektirir. İlk aşamada hastanın fiziksel durumu (ağrının karakteri, lokalizasyonu, yayılımı, solunum özellikleri, deri bulguları ve diğer fiziksel belirtiler) ve psikolojik durumu (anksiyete, korku, depresyon gibi duygusal tepkiler) gözden geçirilmelidir. Ardından fizyolojik parametreler (arteriyel kan basıncı, kalp hızı, EKG bulguları, kan glukoz seviyesi ve idrar çıkışı gibi) sistematik olarak izlenmelidir (Akdemir, 2021).

Miyokardiyal iskemi, kalp dokusundaki perfüzyon yetersizliğine bağlı olarak anjina pektoris semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu durumda, hastanın göğüs ağrısının niteliği (baskılayıcı, yanıcı vb.), başlangıç zamanı, lokalizasyonu (substernal, yayılım gösteren vb.), eşlik eden semptomlar (nefes darlığı,

terleme, bulantı vb.) ve şiddeti dikkatle değerlendirilmelidir (Enç ve ark., 2019). Semptomatik hastalarda tanısal değeri yüksek olan 12 derivasyonlu EKG, ağrı sırasında mutlaka çekilmelidir (Enç, 2019).

Miyokard infarktüsüne sekonder gelişen kardiyak aritmiler ve pulmoner ödem, hastalarda kardiyak outputta ciddi düşüşlere yol açabilen kritik komplikasyonlardır (Rollán ve ark., 2003). Bu nedenle hastaların kardiyak ritim değişikliklerini erken saptamak amacıyla sürekli nabız monitörizasyonu, kalp seslerinin oskültasyonu ve seri 12 derivasyonlu EKG incelemeleri yapılmalıdır (Enç, 2019). Özellikle EKG'de görülebilecek ST segment elevasyonu/depresyonu gibi iskemi bulguları yakından izlenmelidir. Aritmilerin sıklığı, süresi ve hemodinamik etkileri titizlikle kayıt altına alınmalıdır. Ventriküler fibrilasyon gibi hayatı tehdit eden ritim bozukluklarına karşı acil müdahale protokolleri (kardiyoversiyon/defibrilasyon ekipmanlarının hazır bulundurulması gibi) eksiksiz uygulanmalıdır. Pulmoner ödem gelişim riski taşıyan hastalarda ise; pulse oksimetre ile oksijen satürasyon takibi, günlük sıvı giriş-çıkış dengesinin hesaplanması ve bilateral akciğer seslerinin oskültasyonu rutin olarak yapılmalıdır. Pulmoner konjesyonu azaltmak ve solunum kapasitesini iyileştirmek amacıyla hastalara semi-Fowler pozisyonu (45-60 derece) önerilmelidir (Enç, 2021; Akdemir, 2021).

Miyokard infarktüsü sonrası dönemde hastalarda sıklıkla anksiyete, korku, çaresizlik duyguları ve psikolojik stres gözlenmektedir (Ledermann ve ark., 2020). Bu psikolojik tepkiler, hastalığa uyum sürecini olumsuz etkileyerek iyileşmeyi geciktirebilmektedir (Zuccarella-Hackl ve ark., 2023). Hemşirelik bakımının önemli bir bileşeni olarak, hastaların stres düzeylerinin yönetimi, tekrar hastaneye yatış oranlarını azaltmada kritik rol oynamaktadır (Lebel ve Charette, 2021). Bu doğrultuda, hemşireler tarafından hastalara ilaçlarını düzenli kullanmaları, fiziksel aktivitelerini artırmaları, hobi edinmeleri ve kronik hastalıkların yönetimine ilişkin bilgilendirme yapılması, bireylerin stres düzeyinin azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır (Bayrak ve ark., 2019).

2.1.6. Miyokard İnfarktüsünde Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneye kabulüyle başlayan ve taburculuk sonrası dönemde kendi kendine bakım yeterliliğini kazanmasını sağlamayı hedefleyen

sistematik bir süreçtir (Yalçın ve ark., 2015). Bu süreçte hasta ve aile üyelerinin eğitiminden multidisipliner sağlık ekibinin tüm üyeleri sorumlu olmakla birlikte, taburculuk planlamasının koordinasyonu ve uygulanması temel olarak hemşirenin sorumluluk alanına girmektedir (Coşkun ve Akbayrak, 2001). Hemşireler tarafından verilen hasta eğitiminin temel amacı, bireyin olası komplikasyonlardan korunmasını sağlamak ve optimal sağlık durumuna en kısa sürede ulaşmasını kolaylaştırmaktır. Taburculuk eğitiminin başarısı, hastanın tedavi planına uyumunu artırarak hastane yeniden yatış oranlarını düşürmekte ve yaşam kalitesinde önemli iyileşmeler sağlamaktadır (Hesselink ve ark., 2014; Yalçın ve ark., 2015).

Miyokard infarktüsü hastalarına hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimi, farmakolojik tedavi yönetimi (ilaç dozları, yan etki izlemi ve antikoagülan kullanımında dikkat edilmesi gerekenler), yaşam tarzı modifikasyonları (sigara bırakma, Akdeniz diyeti, düzenli fiziksel aktivite ve stres yönetimi teknikleri), semptom tanıma ve acil durum protokolleri (anjina rekürrensi, aritmi veya nefes darlığı durumunda yapılacaklar), risk faktörü kontrolü (kan basıncı, kan şekeri ve lipid takibi) ile psikososyal destek (anksiyete/depresyon yönetimi ve destek gruplarına yönlendirme) bileşenlerini içermelidir (AHA, 2021; TKD, 2022). Bu kapsamda literatürde birkaç çalışma bulunmaktadır. Örneğin Doležel ve Jarošová (2019) tarafından yürütülen araştırmada, MI geçiren bireylerin risk faktörü yönetimi ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum düzeyleri incelenmiştir. Çalışmada uygulanan hemşirelik eğitim programının, katılımcıların farmakoterapi protokollerine bağlılığını ve davranışsal değişikliklere (diyet, egzersiz, sigara bırakma gibi) uyumunu anlamlı derecede iyileştirdiği gözlemlenmiştir.

Tuna ve Pakyüz (2022) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, MI geçiren hastalara uygulanan hemşirelik temelli yapılandırılmış taburculuk eğitim programının sağlık algıları ve bilgi düzeyi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Araştırma sonuçları, bu eğitim müdahalesinin katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri hakkındaki bilgi birikimini anlamlı düzeyde artırdığını ortaya koymuştur. Çalışmada özellikle farmakolojik tedaviye uyum, beslenme değişiklikleri ve düzenli takip protokolleri konularında hastaların bilgi düzeylerinde kayda değer iyileşmeler gözlemlenmiştir.

Khodaveisi ve arkadaşları (2022) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, MI geçiren hastalarda taburculuk sonrasında uygulanan telefonla taburculuk eğitimi ve takip

sürecinin, bireylerin öz-bakım davranışları üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Araştırma bulgularına göre; telefonla gerçekleştirilen eğitim ve takip uygulamaları, hastaların ilaç kullanımı, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi öz-bakım alanlarında olumlu değişiklikler sağlamıştır.

Molazem ve arkadaşları (2024) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, aile odaklı eğitimin MI geçiren hastaların öz-bakım davranışları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Müdahale kapsamında verilen eğitim; hastalığın nedenleri, semptomları, ilaç kullanımı, beslenme, egzersiz, sigara bırakma ve yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir. Elde edilen bulgular, aile katılımıyla yürütülen eğitimin hastaların uzun vadeli öz-bakım davranışlarını geliştirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur.

2.2. Yaşam Kalitesi

2.2.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesi "bireyin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkili olarak yaşamdaki konumuna ilişkin algısı" olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020). Bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, kişisel inançları ve yaşadığı çevrenin özellikleriyle etkileşim içinde şekillenen; çok boyutlu ve dinamik bir yapıya sahip kapsamlı bir kavramdır (Estoque ve ark., 2019).

2.2.2. Yaşam Kalitesinin Bileşenleri

Yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel gereksinimlerinin bütüncül bir biçimde karşılanma düzeyini ifade eden çok boyutlu bir kavramdır Maslow'un (1943) ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kuramsal bir temel sunmaktadır. Maslow'un yaklaşımı, bireylerin ihtiyaçlarının hiyerarşik bir sırayla, alt düzeyden üst düzeye doğru karşılanması gerektiğini savunur. Bu teoriye göre fizyolojik gereksinimler en temel düzeyde yer almakta; bunu güvenlik, aidiyet ve sevgi, saygınlık ve en sonunda kendini gerçekleştirme ihtiyaçları takip etmektedir (Maslow, 1943; Kenrick ve ark., 2010).

Yaşam kalitesinin bileşenleri ile Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi arasında dikkate değer paralellikler bulunmaktadır. Örneğin, fiziksel sağlık boyutu; bireyin ağrı düzeyi, enerji kapasitesi ve işlevselliği gibi göstergeleri içerir ve Maslow'un fizyolojik ve

güvenlik ihtiyaçlarıyla doğrudan örtüşmektedir (Jackson ve ark., 2014). Psikolojik sağlık, bireyin duygusal istikrarı ve bilişsel işlevselliğini kapsamakta olup; aidiyet, sevgi ve saygınlık gereksinimlerinin karşılanmasıyla ilişkilidir (Jackson ve ark., 2014). Sosyal ilişkiler bileşeni, aile bağları, arkadaş çevresi ve sosyal destek sistemlerini içerir ve bu yönüyle Maslow'un üçüncü düzeyi olan aidiyet ihtiyacına denk düşer (WHO, 1997; Bowling, 2009). Çevresel koşullar ise barınma standartları, güvenlik ve fiziksel altyapı gibi unsurları kapsamakta ve güvenlik düzeyiyle örtüşmektedir (WHO, 1997). Yaşamdan alınan genel doyum ve bireysel gelişim düzeyi ise, Maslow'un kendini gerçekleştirme kavramı çerçevesinde değerlendirilebilir (Sirgy, 1986; Henwood ve ark., 2015).

Yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmelerde, ihtiyaçların sadece niceliksel değil, aynı zamanda niteliksel karşılanma düzeyi de büyük önem taşımaktadır (Mao ve ark., 2021). Örneğin, yaşam süresinin uzunluğundan çok, bu sürenin birey açısından ne denli anlamlı ve tatmin edici olduğu daha belirleyici hale gelmektedir. Benzer şekilde, yüksek bir gelir düzeyinden ziyade, bu gelirin bireyde yarattığı memnuniyet ve yaşam doyumu daha fazla önem arz etmektedir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi; nesnel (gelir, eğitim, meslek, sağlık durumu, konut koşulları) ve öznel (bireyin mevcut olanaklardan duyduğu doyum) olmak üzere iki temel düzeyde ele alınmaktadır. Ayrıca yaşam kalitesini etkileyen faktörler; cinsiyet, yaş, medeni durum, sosyal destek düzeyi, yaşam alanının özellikleri, sağlık durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, iş yaşamı ve boş zaman etkinlikleri gibi çok çeşitli göstergeler temelinde sınıflandırılabilir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Maleki ve ark., 2023).

2.2.3. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesi

Her ne kadar tıbbi müdahaleler sayesinde MI'ya bağlı sağkalım oranlarında önemli bir artış sağlanmış olsa da, bu gelişme hastalığın uzun süreli tedavi gereksinimini, yaşam tarzı değişikliklerini ve düzenli klinik izlemi zorunlu kılmaktadır. Bu süreç, bireylerin yaşam kalitesini çok boyutlu ve anlamlı bir biçimde etkilemektedir (Wan, 2024; Tokarewicz ve ark., 2025). MI tanısı alan hastalar yalnızca fiziksel semptomlarla değil, aynı zamanda ölüm ya da kalıcı güçsüzlük korkusu (Şahan ve ark., 2018), hastalığın nedeni ve seyri hakkında belirsizlik (Svendsen ve ark., 2020) gibi psikolojik yüklerle de karşı karşıya kalmaktadır. Buna ek olarak, hastaların eski yaşamlarına dönmekte zorlandıkları, iş kaybı, mesleki değişim ve boşanma gibi ciddi sosyal travmalarla

karşılaştıkları bildirilmektedir (Çam ve Nehir, 2011). Bu süreç, yoğun korku, stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla sonuçlanabilmektedir (Henderson ve ark., 2024; Flygare ve ark., 2023). Meijer ve arkadaşlarının (2011) 29 çalışmayı içeren meta-analizine göre, MI sonrası gelişen depresyon; tüm nedenlere bağlı ölüm riskini 2.25 kat, kardiyak nedenli ölüm riskini 2.71 kat ve yeni kardiyak olay geçirme riskini 1,59 kat artırmaktadır. Benzer şekilde, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik durumlar da, MI geçiren hastalarda artmış yeniden hastaneye yatış ve kardiyovasküler mortalite ile ilişkilendirilmiştir (Wen ve ark., 2021). Bunun yanı sıra, bu hastalarda fiziksel işlevlerde azalma, kardiyak risk faktörlerinin sürmesi, yeniden MI geçirme olasılığı, sosyal izolasyon, halsizlik, uyku problemleri ve sosyoekonomik zorluklar sıkça görülmektedir (Pavlovic ve ark., 2022; Roberts Davis ve ark., 2024). Tüm bu etkenlerin bireylerin fiziksel, duygusal ve toplumsal yaşamını önemli ölçüde kısıtladığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (Dural ve Çıtlık Sarıtaş, 2017a; Akçay Fırat ve Dedeli, 2016).

Literatür incelendiğinde, MI sonrası bireylerin yaşam kalitesinin farklı düzeylerde etkilendiğini ortaya koymaktadır. Myanmar'da gerçekleştirilen bir çalışmada, MI geçiren hastaların genel yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu bildirilmiştir (Wang ve ark., 2014). Hindistan'da yapılan tanımlayıcı bir araştırmada ise hastaların %15'inin iyi, %63.33'ünün orta ve %21,67'sinin kötü yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (Kim ve ark., 2015). Benzer şekilde, Santos ve arkadaşları (2023), MI geçirdikten sonraki 30. ve 180. günlerde hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu rapor etmiştir. Tüm bu bulgular, MI'nın yaşam kalitesini yalnızca fiziksel değil; psikolojik, sosyal ve fonksiyonel boyutlarda da çeşitli düzeylerde etkileyen kompleks bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır.

2.2.4. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Miyokard infarktüsü sonrası dönemde yaşam kalitesinin korunması ve iyileştirilmesi sürecinde hemşireler, hastaya yönelik bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasında ve sürdürülmesinde merkezi bir role sahiptir (Sachdeva ve ark., 2023). Hemşireler yalnızca fiziksel iyileşmeyi desteklemekle kalmaz, aynı zamanda hastaların psikososyal ihtiyaçlarını tanılayarak, duygusal destek, stres yönetimi ve

başa çıkma becerileri konusunda rehberlik sağlar (Zhang ve Wang, 2025). MI sonrası dönemde sık görülen depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres gibi psikolojik sorunların erken dönemde fark edilmesi ve uygun yönlendirme yapılması, hemşirelik izleminin önemli bir parçasıdır. Ayrıca hasta eğitimi yoluyla yaşam tarzı değişikliklerinin benimsetilmesi, ilaç uyumunun sağlanması, risk faktörlerinin yönetimi ve kardiyak rehabilitasyona yönlendirme gibi uygulamalar, hemşirenin hasta sonuçlarını doğrudan etkileyen kritik sorumlulukları arasındadır (Shan ve ark., 2023; Winnige ve ark., 2021). Özellikle bütüncül bakım anlayışıyla çalışan hemşirelerin, hastaların sosyal destek sistemlerini güçlendirmesi ve empatik iletişim kurarak güven ilişkisi inşa etmesi, yaşam kalitesinin artışında temel belirleyicilerdendir (Molina-Mula ve Gallo-Estrada, 2020; Kornhaber ve ark., 2016). Bu bağlamda hemşire, yalnızca tedavi sürecinin uygulayıcısı değil; aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini artıran bir sağlık danışmanı, eğitimci ve destekleyici figür olarak konumlanmaktadır.

2.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri

2.3.1. Öğrenim Gereksinimi Kavramı

Öğrenim gereksinimi, bireyin mevcut bilgi düzeyi ile edinilmesi gereken bilgi arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır (Baloochi Beydokhti ve ark., 2020). Hastalarda öğrenim gereksinimlerinin değerlendirilmesi; bireyin öğrenmeye hazır oluş durumu, öğrenme kapasitesi, mevcut kaynaklar, uygun öğrenme ortamı ve etkili öğretim materyallerinin belirlenmesini içeren kapsamlı bir süreci gerektirir. Bu süreçte yalnızca hastalar değil, aynı zamanda hasta yakınları da birincil öğrenen grubu içinde değerlendirilmelidir. Bireyselleştirilmiş eğitim programları, hastaların tanı ve tedavi sürecine uyum sağlamalarında, hastane başvurularının azaltılmasında ve yeni yaşam tarzına entegrasyonun kolaylaştırılmasında kritik bir rol oynamaktadır (Ricci ve ark., 2022).

2.3.2. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Öğrenim Gereksinimleri

Miyokard infarktüsü geçiren hastalar, hastalığın akut döneminden itibaren tanı, tedavi, iyileşme süreci ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında kapsamlı bilgiye ihtiyaç duymaktadır (Sachdeva ve ark., 2023; Brust ve ark., 2024). Bu hastaların öğrenim gereksinimleri; hastalığın nedenleri, belirtileri, tedavi seçenekleri, ilaç kullanımı, diyetsel düzenlemeler, fiziksel aktivite önerileri, stres yönetimi ve olası

komplikasyonların önlenmesi gibi çok boyutlu alanları kapsamaktadır (Anderson ve ark., 2024). MI sonrası dönemde yaşanan belirsizlikler, korkular ve kaygılar, bireyin öğrenmeye olan isteğini hem artırmakta hem de zaman zaman engelleyebilmektedir. Bu nedenle bireyin öğrenmeye hazır oluş durumu, bilişsel kapasitesi, sağlık okuryazarlığı düzeyi, sosyal desteği ve kültürel yapısı göz önünde bulundurularak eğitim süreci planlanmalıdır. Ayrıca hasta yakınlarının da bilgilendirme sürecine dahil edilmesi, bakımın sürekliliği ve tedaviye uyum açısından önem taşımaktadır (Babaei ve Abolhasani, 2020).

Etkili bir hasta eğitimi, yalnızca bilgi aktarımını değil; aynı zamanda bireyin yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesini, kendi bakım sorumluluğunu üstlenmesini ve sağlıkla ilgili karar alma süreçlerine aktif katılımını desteklemelidir. Bu bağlamda, MI geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerinin doğru belirlenmesi ve bu gereksinimlere uygun bireyselleştirilmiş eğitimlerin sunulması, hem klinik sonuçları iyileştirmekte hem de yaşam kalitesini artırmaktadır (Huriani, 2019; Sharifi ve ark., 2017).

2.3.3. Hasta Öğrenin Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirenin Rolü

Hemşireler, hasta eğitiminin planlanması ve uygulanmasında sağlık ekibinin en etkin üyelerinden biri olarak, bireyin öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanmasında kilit rol oynamaktadır (Watts ve ark., 2006). Hemşirelik bakımı yalnızca fiziksel müdahalelerle sınırlı olmayıp; hastanın öğrenmeye hazır oluş durumu, bilgi düzeyi ve bireysel özelliklerine uygun eğitim stratejilerinin geliştirilmesini de kapsamaktadır. Bu çerçevede hemşire, öğrenme sürecinin aktif bir kolaylaştırıcısı olarak; hastaya sağlık okuryazarlığı kazandırmakta, tedavi sürecini anlamasını ve uygulamasını desteklemekte, yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesine rehberlik etmekte ve öz-bakım sorumluluğunu üstlenmesini sağlamaktadır (Ionescu ve ark., 2023). Etkili bir hasta eğitimi sunabilmek için hemşirelerin, her bireyin bilgi gereksinimlerinin farklı olduğunu göz önünde bulundurması ve bu doğrultuda önceliklendirilmiş, kişiye özel bir eğitim içeriği oluşturması gerekmektedir (Çetinkaya Aşiret, 2017; Tan ve ark., 2013). Bununla birlikte, hemşireler etkili iletişim tekniklerini kullanarak hasta ve yakınlarının kaygılarını azaltmakta, güven ilişkisi kurarak eğitim sürecine katılımlarını artırmaktadır. Özellikle kronik hastalıkların yönetiminde bireyselleştirilmiş hemşirelik eğitimi; yeniden hastaneye yatışların azaltılması, tedaviye uyumun artırılması ve

yaşam kalitesinin iyileştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda hemşire, yalnızca bilgi aktaran bir sağlık profesyoneli değil; aynı zamanda hastayı güçlendiren, sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürülebilir kılan ve bakım kalitesini artıran bir eğitim lideri olarak konumlanmaktadır (Çetinkaya Aşiret, 2017).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
3.YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, MI geçiren hastalara yönelik öğrenim gereksinimlerine dayalı taburculuk eğitiminin, yaşam kalitesine olan etkilerini incelemek amacıyla yarı deneysel bir tasarımda gerçekleştirilmiştir. Yarı deneysel çalışma, bağımsız değişkenin etkisini test etmek amacıyla yapılan ancak katılımcıların deney ve kontrol gruplarına rastgele atanmadığı araştırma türüdür (Büyüköztürk ve ark., 2017).

3.1.1. Araştırma Hipotezleri

H1: Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastaların öğrenim gereksinimlerini azaltır.
H2: Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastaların yaşam kalitesini artırır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Mart 2024-Mayıs 2025 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi bünyesinde bulunan Kalp Damar Hastanesi içinde yer alan kardiyoloji yataklı servislerinde yürütülmüştür. Hastane içerisinde üç kardiyoloji servisi olmak üzere toplam 54 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Bu üç klinikte toplam 14 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini, Mart 2024-Mart 2025 tarihleri arasında, Çam ve Sakura Şehir Hastanesi bünyesinde yer alan Kalp Damar Hastanesinin kardiyoloji yataklı servislerinde tedavi gören tüm hastalar oluşturmuştur. Örneklem belirlemesinde, G.Power (v.3.1.9.2) programı kullanılmış olup, Uysal'ın (2009) çalışması referans alınarak, α=0.05. d=0.80 etki büyüklüğü ve %80'lik güç esas alınmıştır. Bu parametreler doğrultusunda, çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örnek sayısı 52 (26 müdahale ve 26 kontrol) olarak hesaplanmıştır. Ancak, çalışma süresince yaşanabilecek kayıplar ve araştırmanın gücü dikkate alınarak, her iki gruba da %15

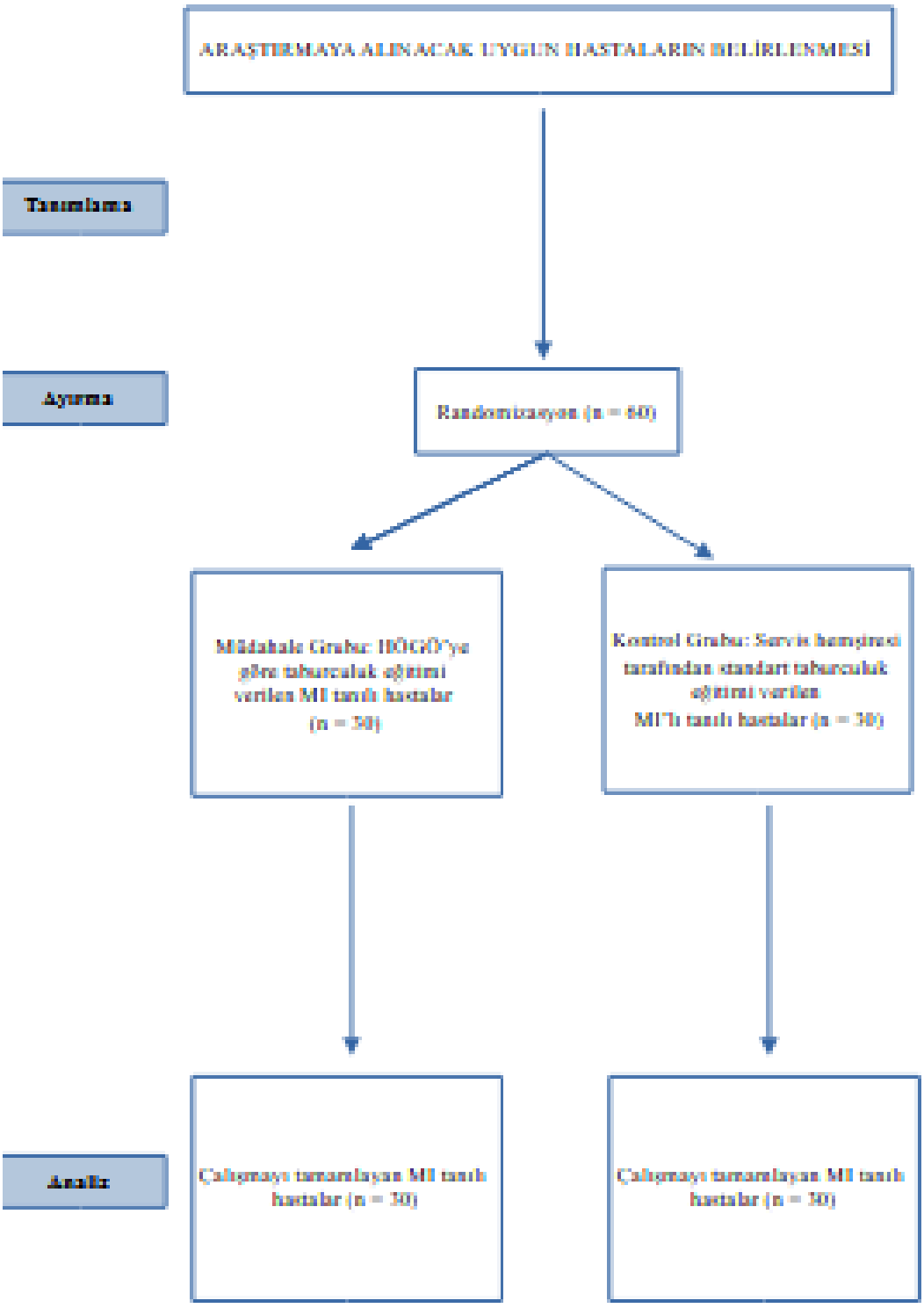
fazlası eklenmesine karar verilmiş; bu kapsamda her bir grupta 30 hasta alınarak, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 60 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

3.3.1. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Belirlenmesi

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanede üç farklı kardiyoloji servisi bulunmaktadır. Müdahale grubu ve kontrol grubu hastalarının hangi servisten seçileceği, araştırmanın başında bağımsız bir araştırmacı tarafından yapılan kura çekimi ile belirlenmiştir. Kura sonucu doğrultusunda, Kardiyoloji 1 ve Kardiyoloji 3 servislerinde tedavi gören hastalar müdahale grubunu oluştururken, Kardiyoloji 2 servisindeki hastalar kontrol grubunu oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
2. MI tanısı almış olması,
3. 18 yaş ve üzeri olması,
4. Bilincin açık, oryante, koopere ve iletişime açık olması,
5. Türkçe okuyup yazması, anlaması ve iletişim kurabilmesi araştırmaya dahil edilme kriterleri olarak belirlenmiştir.



Şekil 3.1. Consort Akış Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, "Hasta Tanılama Formu", "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği" (HÖGÖ) ve "Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği" (MİBDÖ) aracılığıyla toplanmıştır.

3.4.1. Hasta Tanılama Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak (Tuna ve Pakyüz, 2022; Sarıoğlu ve Gök, 2022) hazırlanan bu form, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı, günlük işlevlerini tek başına yapabilme durumu gibi özellikleri sorgulayan 16 sorudan oluşmaktadır (EK 1).

3.4.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)

Hastaların taburculuk öncesinde bilgi gereksinimlerini ve bu bilgilere verdikleri öncelikleri belirlemeyi amaçlayan HÖGÖ, Bubela ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiş; Türk kültürüne uyarlama, geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları ise Çatal ve Dicle (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplam 50 madde ve yedi alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; yaşam aktiviteleri (madde 2. 5. 14. 17. 27. 28, 29, 30. 48), ilaçlar (madde 3. 8, 16. 18, 37. 39, 44. 45), toplum ve izlem (madde 6. 9, 22. 31, 36. 41), tedavi ve komplikasyonlar (madde 1, 4. 10. 19, 20. 23. 26. 38, 47), duruma ilişkin duygular (madde 7. 24. 32. 35. 42), yaşam kalitesi (madde 11, 13. 15. 21, 34. 40. 46. 50) ve cilt bakımı (madde 12. 25. 33. 43. 49) şeklindedir. Beşli Likert tipi değerlendirme sistemiyle yapılandırılmış olan ölçek maddeleri; "1 = önemli değil", "2 = biraz önemli", "3 = ne az ne çok önemli", "4 = çok önemli" ve "5 = son derece önemli" şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek, alt boyutlar ve toplam puan üzerinden değerlendirilmekte olup, alınabilecek toplam puan 50 ile 250 arasında değişmektedir. Elde edilen puanların, madde sayısına bölünmesiyle ortalama puanlar hesaplanmakta ve bu ortalamalar da 1 ile 5 arasında değişen önem düzeylerini yansıtmaktadır. Ortalama puanın yüksek olması, bireyin öğrenim gereksiniminin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (EK 2).

Çatal ve Dicle (2008) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin orijinal çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının 0.95 olarak raporlanmıştır. Mevcut çalışmada ise, ölçeğin güvenirlik analizleri müdahale ve kontrol grupları için ayrı ayrı ve hem ön test hem de son test verileri kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, müdahale grubunda ön test Cronbach alfa katsayısı 0.90. son testte 0.92 olarak

belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise ön test iç tutarlılık katsayısı 0.64. son testte ise 0.92 olarak saptanmıştır.

3.4.3. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİBDÖ)

Thompson ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ölçek, MI geçiren hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri ile sağlık durumunun yanı sıra uygulanan tedavilerin fonksiyonel ve iyilik durumları üzerindeki etkilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından MI geçiren hastalarda Türk kültürüne uyarlaması yapılmıştır. Ölçek, toplam 35 maddeden oluşmakta olup; MI sonrası sağlık durumunu yedi alt boyutta değerlendirmektedir. Bunlar; fiziksel aktivite (1,2.3.4.5.6.7.8,9,10.11 ve 12. maddeler), güvensizlik (13.14.15.16.17.18,19,20 ve 21. maddeler), duygusal tepki (22.23.24 ve 25. maddeler), bağımlılık (26.27 ve 28. maddeler), beslenme şekli (29,30 ve 31. maddeler), ilaç hakkında endişeler (32 ve 33. maddeler) ve ilaç yan etkileridir (34 ve 35. maddeler). Ölçek, 0'dan 4'e kadar değerlendirilmek üzere 5'li Likert tipi bir ölçekte uygulanmakta ve her alt boyutun toplam puanı, alt boyutun alınabilecek maksimum puanına bölünerek 100 üzerinden dönüştürülmektedir. Böylece, ölçek toplamında alınabilecek en yüksek puan 100 olmakla beraber, puanların artması durumunda algılanan yaşam kalitesinin kötüleştiği kabul edilmektedir (EK 3).

Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin orijinal çalışmasında, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı her bir alt boyut için ayrı ayrı hesaplanmış olup, bu değerlerin 0.79 ile 0.90 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu durum, ölçeğin alt boyutlarının yüksek düzeyde iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir. Mevcut çalışmada ise, ölçeğin güvenirlik analizleri hem müdahale hem de kontrol grupları için ayrı ayrı gerçekleştirilmiş; analizlerde ön test ve son test verileri kullanılmıştır. Müdahale grubunda, ön test sonrası Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının 0.78 ile 0.98 arasında değiştiği, son testte ise bu katsayıların 0.75 ile 0.86 aralığında olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise, ön test sonrası Cronbach alfa değerleri 0.70 ile 0.91 arasında değişirken, son test sonrası bu değerlerin 0.63 ile 0.90 arasında olduğu görülmüştür

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve belirlenen araştırma kriterlerine uyan hastalar, araştırma hakkında bilgilendirilerek hem sözlü hem de yazılı onamları alınmıştır.

Uygulama öncesinde, müdahale ve kontrol gruplarındaki katılımcılarla yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiş ve bu görüşmelerde "Hasta Tanılama Formu", "HÖGÖ" ve "MİBDÖ" kullanılarak veriler toplanmıştır. Araştırma, iki aşamalı olarak uygulanmış olup, MI geçiren hastaların yaşam kalitesi, taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası dördüncü-beşinci haftalarda olmak üzere toplamda iki kez değerlendirilmiştir. Literatürde taburculuk sonrası eğitimin ne zaman değerlendirileceği ile ilgili yeterli kanıt bulunmazken, eğitimlerin poliklinik kontrollerinde değerlendirilebileceği belirtilmektedir (Alkan, 2016). Bu bağlamda, hastaların rutin kontrole geldikleri bir ay sonrası göz önüne alınarak ikinci değerlendirme dördüncü-beşinci haftalarda yapılmıştır.

3.5.1. Hasta Öğretim Planı

Hasta öğretim planı, müdahale grubunda yer alan MI tanısı almış hastalara taburculuk öncesinde, HÖGÖ uygulaması sonrasında belirlenen öğrenim gereksinimlerine göre geliştirilmiştir. Bu öğretim planının temel amacı, hastaların taburculuk öncesinde bilgi gereksinimlerini belirlemek ve bu gereksinimlere uygun bilgi ve becerileri kazandırmaktır. Bu öğretim planı ile, hastaların hastalık yönetiminde aktif rol almaları ve taburculuk sonrası yaşam kalitelerinin artırılması amaçlanmaktadır.

Literatür doğrultusunda hazırlanan ve uygulanan öğretim süreci sonunda hastaların aşağıdaki alanlarda bilgi ve beceri kazanması hedeflenmiştir:

Yaşam aktiviteleri: Günlük yaşam aktiviteleri, hareket, egzersiz ve mobilite, dinlenme ve uyku düzeni, beslenme alışkanlıkları,

- **Sağlık yönetimi**: İlaçların doğru kullanımı, olası yan etkiler, tedavi süreci hakkında bilgi edinme, hastalık belirtilerini tanıma ve takip edebilme, hijyen ve kişisel bakım uygulamaları,

- **Psikososyal uyum**: Stres, kaygı ve diğer ruhsal durumlarla baş etme, psikososyal destek kaynaklarını tanıma, aile ve sosyal çevre ile etkili iletişim kurabilme,

- **Toplum kaynakları kullanımı**: Sağlık kurumları, sosyal hizmetler ve destek grupları hakkında bilgi sahibi olma ve gerektiğinde bu kaynaklara ulaşabilme,

- **Tedaviye uyum**: Hastane süreci ve taburculuk sonrası yapılması gerekenler, randevulara devam, tedavi planına uyum ve komplikasyonları önleyici davranış geliştirme,

- **Güvenliğin sağlanması**: Evde ve hastanede güvenliğin korunması, düşme riskinin azaltılması, enfeksiyonlardan korunma ve acil durumlarda yapılması gerekenleri bilme,

- **Duyusal değişikliklerle baş etme**: Görme, işitme ve ağrı gibi duyusal değişiklikleri tanıma ve bu değişimlerle başa çıkma becerisi geliştirme (Mutluluk ve Gök, 2022; Alsaqri ve ark., 2020; Huriani, 2019; Karadakovan ve Eti Aslan, 2020; Enç, 2019).

3.5.2. Eğitim Süreci

3.5.2.1. Müdahale Grubu

Müdahale grubuna dahil edilen hastalar, öncelikle çalışmaya katılım kriterleri doğrultusunda değerlendirilmiştir. Uygun bulunan hastalar, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları hakkında bilgilendirilmiş; ardından hem sözlü hem de yazılı olarak "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" alınarak çalışmaya katılımları sağlanmıştır. Müdahale grubundaki hastalara, ön test aşamasında sözel ve yazılı bilgilendirmenin yanı sıra "Hasta Tanılama Formu", "HÖGÖ" ve "MİBDÖ" uygulanarak birinci ölçümler elde edilmiştir. Sonrasında rutin taburculuk eğitimine ek olarak, "HÖGÖ" uygulaması ile belirlenen öğrenim gereksinimleri doğrultusunda ve ilgili literatür temel alınarak (Mutluluk ve Gök, 2022; Alsaqri ve ark., 2020; Huriani, 2019; Karadakovan ve Eti Aslan, 2020; Enç, 2019), araştırmacı tarafından yaklaşık 45–60 dakika süren taburculuk eğitimi verilmiştir. Bu eğitim sürecinde hem genel taburculuk bilgileri hem de bireysel gereksinimlere yönelik içerikler sunulmuştur. Yüz yüze gerçekleştirilen görüşme sonlandırılmadan önce, dördüncü-beşinci haftalarda yapılacak değerlendirmeler için katılımcılardan ulaşılabilecek bir telefon numarası alınmıştır. Taburculuk sonrası dördüncü-beşinci haftalarda araştırmacı tarafından katılımcıya telefonla ulaşılarak "MİBDÖ" ölçeğindeki sorular yöneltilmiş ve ikinci ölçüm gerçekleştirilmiştir. Telefon görüşmeleri ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.5.2.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki hastalar da çalışmaya katılım kriterleri yönünden değerlendirildikten sonra, araştırmacı tarafından çalışmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları konusunda bilgilendirilmiş; ardından sözlü ve yazılı "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" alınarak çalışmaya katılımları sağlanmıştır. Kontrol grubuna dâhil edilen hastalar, kardiyoloji servislerinde sunulan rutin taburculuk eğitimi ve standart klinik izlem sürecinden geçirilmiştir. Kardiyoloji servisinde hospitalize edilen hastalara, taburculuk öncesinde araştırmacı tarafından kalp sağlığının korunmasına yönelik yaşam tarzı değişiklikleri (dengeli beslenme, sigarayı bırakma, düzenli fiziksel aktivite), ilaçların doğru ve düzenli kullanımı, olası yan etkiler ve taburculuk sonrası kontrol zamanları hakkında sözel bilgilendirme yapılmıştır. Bu süreçte herhangi bir eğitim materyali kullanılmamıştır. Ön test aşamasında katılımcılara sözel ve yazılı bilgilendirmenin yanı sıra "Hasta Tanılama Formu", "HÖGÖ" ve "MİBDÖ" uygulanmış ve birinci ölçümler elde edilmiştir. Yüz yüze görüşme sonlandırılmadan önce, dördüncü-beşinci haftalarda yapılacak değerlendirmelere yönelik olarak hastalardan ulaşılabilecek bir telefon numarası alınmıştır. Taburculuk sonrası dördüncü-beşinci haftalarda, müdahale grubunda olduğu gibi, araştırmacı tarafından telefonla gerçekleştirilen görüşmelerde "MİBDÖ" ölçeği tekrar uygulanmış ve her bir görüşme ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: MİBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

Bağımsız değişken: HÖGÖ kullanılarak belirlenen öğrenim gereksinimlerine dayalı olarak geliştirilen taburculuk eğitimi.

3.7. Verilerin Analizi

Bu araştırmada veri analizleri IBM SPSS Statistics 30.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerinin tanımlayıcı istatistikleri frekans (n) ve yüzde (%) değerleriyle sunulmuştur. Ölçek puanlarının dağılımı ise ortalama ve standart sapma değerleriyle raporlanmıştır.

Verilerin normal dağılım varsayımını değerlendirmek amacıyla basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) katsayıları incelenmiştir. Literatürde normal dağılım için kabul edilen eşik değerler konusunda farklı görüşler bulunmaktadır: Tabachnick ve Fidell

(2013) ±2.0 George (2011) ise ±1.5 aralığını önermektedir. Çalışmamızda elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin bu kabul edilebilir aralıklar içinde olması nedeniyle, verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve parametrik testlerin uygulanması uygun görülmüştür.

Verilerin istatistiksel analizinde, bağımsız gruplar arasındaki kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Pearson Ki-Kare testi uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarında grup içi karşılaştırmalar için bağımlı örneklem t-testi uygulanmıştır. Bağımsız gruplar arasındaki farklılıklarını değerlendirmek amacıyla ise bağımsız örneklemler t-testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel testlerde tip I hata düzeyi $\alpha=0.05$ olarak belirlenmiş ve $p<0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Başkanlığından 18.05.2024 tarihli ve 2024/02 sayılı toplantıda etik kurul onayı alınmıştır (EK 4). Ardından çalışmanın Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde yapılabilmesi için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden, 07.11.2024 tarihli ve 2024/16 sayılı çalışma izni alınmıştır (EK 5). Kurumun izni ardından, çalışmanın amacını açıklayarak hastalara bilgi verilmiş ve gönüllü katılım için bilgilendirilmiş onam formları imzalatılarak veri toplanmıştır (EK 6) Ayrıca çalışmada araştırmacı tarafından kullanılan ölçekler için yazarlardan e-posta yolu ile yazılı izinler alınmıştır (EK 7).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, örneklemin yalnızca İstanbul'daki bir şehir hastanesinin kardiyoloji servislerinde yatan hastalardan oluşması, çalışmanın dış geçerliliğini kısıtlayarak elde edilen bulguların daha geniş popülasyonlara uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca, müdahale ve kontrol gruplarının aynı hastane bünyesinde yer alması, olası bilgi paylaşımı gibi dış etkenlerin etkisine açık olup, bu durum sonuçlar üzerinde potansiyel karışıklığa yol açabilmektedir. Verilerin büyük ölçüde öz bildirim yöntemiyle toplanması, yanıtların doğruluğunu etkileyebilecek ve dolayısıyla veri kalitesinde yanlılık oluşmasına neden olabilmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, müdahale ve kontrol gruplarındaki hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine dair bulgular, Tablo 4.1 ve Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test	
	n	%	n	%	X^2	p
Yaş						
55 ve altı	12	40.0	10	33.3	0.287	0.592
55 üstü	18	60.0	20	66.7		
Cinsiyet						
Erkek	25	83.3	23	76.7	0.417	0.519
Kadın	5	16.7	7	23.3		
Medeni durum						
Evli	25	83.3	28	93.3	1.456	0.228
Bekar	5	16.7	2	6.7		
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	0	0	1	3.3	7.900	0.095
İlkokul	21	70.0	15	50.0		
Ortaokul	5	16.7	3	10.0		
Lise	4	133	6	20.0		
Lisans	0	0	5	16.7		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	12	40.0	13	43.3	0.069	0.793
Çalışmıyor	18	60.0	17	56.7		
Birlikte yaşadığı kişiler						
Aile	28	93.3	29	96.7	0.351	0.554
Yalnız	2	6.7	1	3.3		

X^2: Pearson Ki-kare testi

Araştırmaya dahil edilen hastaların yaş dağılımına bakıldığında, müdahale grubundakilerin %60'ının, kontrol grubundakilerin ise %66.7'sinin 55 yaşın üzerinde olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda yaş grupları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (X^2=0.287; p=0.592; p > 0.05) (Tablo 4.1).

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde ise, müdahale grubunun %83.3'ü erkek ve %16.7'si kadın, kontrol grubunun %76.7'si erkek ve %23.3'ü kadındır. Yapılan Ki-kare analizi ile bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (X^2=0.417; p=0.519; p > 0.05) (Tablo 4.1).

Müdahale grubundaki hastaların %83.3'ü evli, %16.7'si bekar iken; kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %93.3 ve %6.7 olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda medeni durum açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2=1.456; p=0.228; p > 0.05) (Tablo 4.1).

Eğitim düzeyine göre dağılım incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların %70'i ilkokul, %16.7'si ortaokul, %13.3'ü ise lise mezunudur. Kontrol grubunda ise hastaların %50'si ilkokul, %10'u ortaokul, %20'si lise, %16.7'si lisans mezunu ve %3.3'ü okuryazar değildir. Gruplar arasındaki bu farklılıklara rağmen yapılan Ki-kare analizi ile eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (X^2=7.900; p=0.095; p > 0.05) (Tablo 4.1).

Müdahale grubundaki hastaların %60'ı çalışmazken, kontrol grubundaki hastaların %56.7'si çalışmamaktadır. Çalışma durumu açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2=0.069; p=0.793; p > 0.05) (Tablo 4.1).

Müdahale grubundaki hastaların %93.3'ü ailesiyle yaşarken, kontrol grubunda bu oran %96.7'dir. Kiminle yaşadığı değişkeni açısından yapılan Ki-kare analizi ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (X^2=0.351; p=0.554; p > 0.05) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Müdahale Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test	
	n	%	n	%	X^2	p
VKİ (kg/m²)						
20-24.9 (Normal)	5	16.7	11	36.7	7.523	**0.023***
25-29,9 (Fazla kilolu)	9	30	13	43.3		
≥ 30-34.9 (Obez)	16	53.3	6	20.0		
Sigara kullanma durumu						
Evet	17	56.7	17	56.7	2.476	0.290
Bırakmış	9	30	5	16.7		
Hiç içmemiş	4	13.3	8	26.7		
Alkol kullanma durumu						
Evet	5	16.7	7	23.3	4.817	0.900
Bırakmış	10	33.3	3	10		
Hiç içmemiş	15	50	20	66.7		
Düzenli aktivite/egzersiz yapma durumu					0.069	0.793
Evet	13	43.3	12	40		
Hayır	17	56.7	18	60		
Beslenmesine dikkat etme durumu						
Evet	17	56.7	13	43.3	1.067	0.302
Hayır	13	43.3	17	56.7		
Birinci düzeyde yakınında kalp hastası birey varlığı					3.270	0.071
Evet	12	40	19	63.3		
Hayır	18	60	11	36.7		
Kronik hastalık varlığı						
Evet	21	70	19	63.33	0.300	0.584
Hayır	9	30	11	36.67		
Günlük aktivitelerini tek başına yapabilme durumu						
Evet	29	96.7	29	96.7	2.000	0.368
Yardımla	1	3.3	0	0		
Hayır	0	0	1	3.3		
Genel sağlık değerlendirmesi						
İyi	18	60	9	30	5.455	**0.020***
Orta	12	40	21	70		

VKİ: Vücut kitle indeksi, X^2: Pearson Ki-kare testi
*p<0.05

Müdahale grubundaki hastaların %16.7'si normal kilolu (VKİ: 20–24.9), %30'u fazla kilolu (VKİ: 25–29.9) ve %53.3'ü obez (VKİ ≥ 30–34.9) olarak sınıflandırılmıştır. Kontrol grubunda ise %36.7'si normal kilolu, %43.3'ü fazla kilolu ve %20'si obez olarak belirlenmiştir. VKİ dağılımına ilişkin incelemede, yapılan Ki-kare analizi ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (X^2=7.523; p=0.023; p<0.05) (Tablo 4.2).

Sigara kullanımına bakıldığında, her iki grupta da sigara içenlerin oranı %56.7 olarak belirlenmişken, bırakmış olanların oranı müdahale grubunda %30.0. kontrol grubunda ise %16.7 olarak gözlemlenmiştir. Hiç sigara içmeyenlerin oranı ise müdahale grubunda %13.3. kontrol grubunda ise %26.7'dir. Ki-kare testi sonucunda sigara kullanımına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2=2.476; p=0.290; p>0.05) (Tablo 4.2).

Alkol kullanımına bakıldığında, müdahale grubunda alkol kullananların oranı %16.7. kontrol grubunda ise %23.3'tür. Alkolü bırakmış olanların oranı müdahale grubunda %33.3. kontrol grubunda ise %10 iken, hiç alkol kullanmayanların oranı ise müdahale grubunda %50 kontrol grubunda ise %66.7 olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, alkol kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2=4.817; p=0.900; p>0.05) (Tablo 4.2).

Düzenli egzersiz yapma alışkanlıklarına bakıldığında, müdahale grubunda egzersiz yapanların oranı %43.3. yapmayanların oranı ise %56.7 olarak belirlenirken, kontrol grubunda egzersiz yapanların oranı %40, nyapmayanların oranı ise %60'tır. Ki-kare testi sonucu, düzenli egzersiz yapma konusunda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (X^2=0.069; p=0.793; p>0.05) (Tablo 4.2).

Beslenmeye dikkat etme durumuna göre, müdahale grubunda dikkat edenlerin oranı %56.7. etmeyenlerin oranı ise %43.3 iken, kontrol grubunda dikkat edenlerin oranı %43.3. etmeyenlerin oranı ise %56.7 olarak belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda, diyet yapma alışkanlığı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (X^2=1.067; p=0.302; p > 0.05) (Tablo 4.2).

Kronik hastalığa sahip olma açısından yapılan analizde, müdahale grubunda kronik hastalığı olanların oranı %70, olmayanların oranı ise %30 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise kronik hastalığı olanların oranı %63.3. olmayanların oranı ise %36.7'dir. Ki-kare testi sonucu, kronik hastalık durumu açısından gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı göstermiştir (X^2=0.300; p=0.584; p > 0.05) (Tablo 4.2).

Birinci derecede yakınında kalp hastalığı olma durumu incelendiğinde, müdahale grubunda bu durumu yaşayanların oranı %40, yaşamayanların oranı ise %60 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise kalp hastalığı öyküsü bulunanların oranı %63.3. bulunmayanların oranı ise %36.7'dir. Ki-kare testi sonucuna göre birinci derece yakınında kalp hastalığı öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (X^2=3.270; p=0.071; p > 0.05) (Tablo 4.2).

Günlük aktiviteleri tek başına yapabilme durumunda, her iki grupta da tek başına günlük aktivitelerini yapabilenlerin oranı %96.7 ile oldukça yüksektir. Müdahale grubunda yardımla yapanların oranı %3.3. kontrol grubunda ise hiç yardımla yapan bulunmamaktadır. Ki-kare testi ile, bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (X^2=2.000; p=0.368; p > 0.05) (Tablo 4.2).

Genel sağlık durumu açısından ise, müdahale grubunda sağlık durumu "iyi" olanların oranı %60 "orta" olanların oranı ise %40'tır. Kontrol grubunda ise "iyi" sağlık durumuna sahip olanların oranı %30 "orta" olanların oranı ise %70'tir. Ki-kare testi ile, genel sağlık durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (X^2=5.455; p=0.020 p<0.05) (Tablo 4.2).

4.2. İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HÖGÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı konmuş müdahale ve kontrol grupları ile gerçekleştirilen birinci görüşme sonrasında elde edilen HÖGÖ bulguları sunulmuştur.

"Yaşam aktiviteleri" alt ölçeğinde kontrol grubunun puan ortalaması (3.39±0.51), müdahale grubunun ortalamasından (2.43±0.56) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuş olup (t=-6.906; p=0.000; p<0.001), bu durum ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

"İlaçlar" alt boyutunda kontrol grubu (3.83±0.50), müdahale grubuna (2.74±0.72) kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır (t=-6.801; p=0.000; p<0.001). Bu bulgu, ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların ilaç kullanımı ve ilaçlarla ilgili bilgiye daha çok ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HÖGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	Müdahale Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Test	
			t	p
Yaşam aktiviteleri	2.43±0.56	3.39±0.51	-6.906	**0.000***
İlaçlar	2.74±0.72	3.83±0.50	-6.801	**0.000***
Toplum ve izlem	2.22±0.46	2.81±0.35	-5.523	**0.000***
Tedavi ve komplikasyonlar	2.87±0.70	3.96±0.29	-7.790	**0.000***
Duruma ilişkin duygular	1.88±0.51	2.58±0.47	-5.450	**0.000***
Yaşam kalitesi	2.57±0.66	3.86±0.42	-8.847	**0.000***
Cilt bakımı	1.40±0.52	1,82±0.79	-2.873	**0.000***
Toplam HÖGÖ	2.40±0.48	3.33±0.23	-9.409	**0.000***

t: Bağımsız gruplarda t testi
p<0.001

"Toplum ve izlem" boyutunda benzer bir fark gözlemlenmiştir; kontrol grubu 2.81±0.35 puan alırken, müdahale grubu 2.22±0.46 puanla daha düşük bir ortalamaya sahiptir (t=-5.523; p=0.000; p<0.001). Bu da, ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların toplum temelli hizmetler ve tedavi sonrası izlemler konusunda daha yüksek öğrenim gereksinimi taşıdığını göstermektedir (Tablo 4.3).

"Tedavi ve komplikasyonlar" alt boyutunda kontrol grubunun puanı (3.96±0.29), müdahale grubunun puanından (2.87±0.70) oldukça yüksek bulunmuştur (t=-7.790; p=0.000; p<0.001). Bu fark, ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların tedavi süreçleri ve olası komplikasyonlara ilişkin daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

"Duruma ilişkin duygular" boyutunda kontrol grubu ortalaması (2.58±0.47), müdahale grubunun ortalamasından (1,88±0.51) anlamlı düzeyde fazladır (t=-5.450; p=0.000; p<0.001). Bu sonuç, ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları hastalık sürecine dair duygusal tepkilerini anlama ve yönetme konusunda daha fazla bilgi gereksinimi içinde olduklarını göstermiştir (Tablo 4.3).

“Yaşam kalitesi” alt ölçeğinde kontrol grubu 3.86± 0.42 ortalama ile müdahale grubunun 2.57±0.66 puanlık ortalamasından anlamlı biçimde daha yüksek skor elde etmiştir (t=-8,847; p=0.000; p<0.001). Bu bulgu, ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesiyle ilgili bilgi edinme gereksiniminin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 4.3).

“Cilt bakımı” alt boyutunda da kontrol grubunun puanı (1,82±0.79), müdahale grubuna (1,40±0.52) göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksektir (t=-2.873; p=0.000; p<0.001). Bu durum, ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların deri bütünlüğü ve cilt bakımına yönelik öğrenim ihtiyaçlarının daha belirgin olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

Genel olarak değerlendirildiğinde, kontrol grubunun toplam HÖGÖ puan ortalaması (3.33±0.23), müdahale grubunun ortalamasından (2.40±0.48) anlamlı düzeyde yüksektir (t=-9,409; p=0.000; p<0.001). Bu durum, ilk görüşmede kontrol grubundaki hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğunu göstermektedir (Tablo 4.3).

4.3. İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının MİBDÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı konmuş müdahale ve kontrol gruplarına uygulanan birinci görüşme sonrasında toplanan MİBDÖ verileri sunulmuştur.

Tablo 4.4’te sunulan bulgulara göre, “fiziksel aktivite” alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 32.08±16.99, kontrol grubunun ortalama puanı ise 44.09±23.47 olarak saptanmıştır. Bağımsız örneklem t testi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (t=−2.271; p=0.027; p<0.05). Bu bulgu müdahale grubunun “fiziksel aktivite” boyutundaki yaşam yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4’te yer alan verilere göre, “güvensizlik” alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 31.01±15.96. kontrol grubunun ortalaması ise 39.53±13.50 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi analizine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=−2.231; p=0.030; p<0.05). Bu sonuç ilk görüşme itibarıyla müdahale grubunun “güvensizlik” boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4: İlk Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının MİBDÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği	Müdahale Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Test	
			t	p
Fiziksel aktivite	32.08±16.99	44.09±23.47	-2.271	**0.027***
Güvensizlik	31.01±15.96	39.53±13.50	-2.231	**0.030***
Duygusal tepki	38.33±15.72	41.87±15.84	-0.869	0.388
Bağımlılık	41,94±16.15	50.00±14.01	-2.063	**0.044***
Beslenme şekli	45.55±28.59	30.27±22.58	2.297	**0.025***
İlaç hakkında endişeler	16.66±28.49	24.16±29.53	-1.001	0.321
İlaç yan etkileri	17.50±23.11	21.66±22.96	0.952	0.486
Toplam MİBDÖ	32.80±11.69	39.57±10.35	-2.371	**0.021***

t: Bağımsız gruplarda t testi
*p<0.05

"Duygusal tepki" alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 38.33±15.72 iken kontrol grubunun ortalaması 41.87±15.84 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (t=–0.869; p=0.388; p>0.05) (Tablo 4.4). Bu bulgu, ilk görüşme aşamasında "duygusal tepki" boyutunda müdahale ve kontrol grupları arasında algılanan yaşam kalitesi açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4.4'te sunulan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre, "bağımlılık" alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 41.94±16.15 iken kontrol grubunun ortalaması 50.00±14.01 olarak saptanmıştır. Analiz sonucunda gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (t=−2.063; p=0.044; p<0.05) olup, ilk görüşme aşamasında müdahale grubunun "bağımlılık" boyutunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi bir yaşam kalitesi sergilediği sonucuna ulaşılmıştır.

"Beslenme şekli" alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 45.55±28.59 iken kontrol grubunun ortalaması 30.27±22.58 olarak bulunmuştur. Bağımsız örneklem t testi analizinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (t=2.297; p=0.025; p<0.05) (Tablo 4.4). Bu sonuç ilk görüşme sonrasında müdahale

grubunun “beslenme şekli” boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha olumsuz olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4’te sunulduğu üzere, “ilaç hakkında endişeler” alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 16.66±28.49, kontrol grubunun ortalaması ise 24.16±29.53 olarak saptanmıştır. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir (t=−1,001; p=0.321; p>0.05). Bu bulgu, ilk görüşme aşamasında “ilaç hakkında endişeler” boyutunda müdahale ve kontrol gruplarının yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymaktadır.

“İlaç yan etkileri” alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 17.50 ± 23.11 iken kontrol grubunun ortalaması 21.66 ± 22.96 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir (t=0.952; p=0.486; p>0.05) (Tablo 4.4). Bu bulgu ilk görüşmede “ilaç yan etkileri” boyutunda müdahale ve kontrol grupları arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı bir farklılık olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 4.4’te sunulan bağımsız örneklem t testi bulgularına göre, müdahale grubunun ilk görüşme sonrasında elde ettiği ortalama toplam MİBDÖ puanı (32.80±11.69), kontrol grubunun puanından (39.57±10.35) anlamlı düzeyde daha düşüktür (t=–2.371; p=0.021; p<0.05). Bu bulgu, müdahale grubundaki hastaların genel yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

4.4. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HÖGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı almış müdahale ve kontrol grubu hastalarıyla gerçekleştirilen son görüşme sonrasında elde edilen HÖGÖ bulguları sunulmaktadır.

“Yaşam aktiviteleri” alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 1.66±0.47 iken, kontrol grubunun ortalama puanı 4.03±0.47 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur (t=−19.553; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.5). Bu sonuç son görüşme itibarıyla müdahale grubunun yaşam aktivitelerine ilişkin öğrenim

gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.5: Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının HÖGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	Müdahale Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Test	
			t	p
Yaşam aktiviteleri	1.66±0.47	4.03±0.47	-19.553	**0.000***
İlaçlar	1.76±0.52	4.20±0.43	-19.549	**0.000***
Toplum ve izlem	1.55±0.38	4.03±0.52	-20.730	**0.000***
Tedavi ve komplikasyonlar	1.83±0.49	4.25±0.28	-23.171	**0.000***
Duruma ilişkin duygular	1.36±0.46	3.84±0.60	-17.813	**0.000***
Yaşam kalitesi	1.78±0.53	4.23±0.32	-21.353	**0.000***
Cilt bakımı	1.23±0.27	3.76±0.76	-16.956	**0.000***
Toplam HÖGÖ	1.64±0.39	4.08±0.36	-24.974	**0.000***

t: Bağımsız gruplarda t testi
*p<0.001

Tablo 4.5'te görüldüğü üzere "ilaçlar" alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 1.76±0.52. kontrol grubunun ortalama puanı ise 4.20±0.43 olarak saptanmıştır. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (t=−19.549; p=0.000; p<0.001). Bu bulgu son görüşme sonrasında müdahale grubunun ilaçlara ilişkin öğrenim gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir.

"Toplum ve izlem" alt boyutunda müdahale grubunun ortalama puanı 1.55±0.38, kontrol grubunun ortalama puanı ise 4.03±0.52 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (t=−20.730; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.5). Bu sonuç son görüşme sonrasında müdahale grubunun toplum ve izlem konularına ilişkin

öğrenim gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 4.5'te yer alan verilere göre, "tedavi ve komplikasyonlar" alt boyutunda müdahale grubunun ortalama puanı 1.83±0.49, kontrol grubunun ortalama puanı ise 4.25±0.28 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymuştur ($t=-23.171$; $p=0.000$; $p<0.001$). Bu sonuç son görüşme itibarıyla müdahale grubunun tedavi ve komplikasyonlara ilişkin öğrenim gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir

"Duruma ilişkin duygular" alt boyutunda, müdahale grubunun ortalama puanı 1.36±0.46 iken kontrol grubunun ortalama puanı 3.84±0.60 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($t=-17.813$; $p=0.000$; $p<0.05$) (Tablo 4.5). Bu bulgu son görüşme sonrasında müdahale grubunun duruma ilişkin duygular boyutundaki öğrenim gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

"Yaşam kalitesi" alt boyutunda, müdahale grubunun ortalama puanı 1.78±0.53. kontrol grubunun ortalama puanı ise 4.23±0.32 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($t=-21.353$; $p=0.000$; $p<0.001$) (Tablo 4.5). Bu bulgu, son görüşme itibariyle müdahale grubunun yaşam kalitesi boyutundaki öğrenim gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir.

"Cilt bakımı" alt boyutunda, müdahale grubunun ortalama puanı 1.23±0.27 kontrol grubunun ortalama puanı ise 3.76±0.76 olarak saptanmıştır. Bağımsız örneklem t testi bulguları gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($t=-16.956$; $p=0.000$; $p<0.001$) (Tablo 4.5). Bu sonuç, son görüşme sonrasında müdahale grubunun cilt bakımı konusundaki öğrenim gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir.

Toplam HÖGÖ puanları açısından, müdahale grubunun ortalama puanı 1.64±0.39, kontrol grubunun ortalama puanı ise 4.08±0.36 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir

fark olduğunu ortaya koymuştur (t=−24.974; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.5). Bu bulgu, son görüşme sonrasında müdahale grubunun genel olarak öğrenim gereksiniminin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir.

4.5. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının MİBDÖ Genel ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı almış müdahale ve kontrol grubu hastalarıyla gerçekleştirilen son görüşmeye ilişkin MİBDÖ bulguları sunulmaktadır.

Tablo 4.6: Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının MİBDÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği	Müdahale Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Test	
			t	p
Fiziksel aktivite	14.09±9.93	68.40±15.91	-15.855	**0.000***
Güvensizlik	10.83±10.95	65.55±14.49	-16.502	**0.000***
Duygusal tepki	12.29±9.77	63.12±15.25	-15.368	**0.000***
Bağımlılık	17.50±15.83	63.33±18,25	-10.388	**0.000***
Beslenme şekli	13.88±19.36	53.88±25.40	-6.858	**0.000***
İlaç hakkında endişeler	6.66±9.70	58.33±26.32	-10.085	**0.000***
İlaç yan etkileri	6.25±9.13	47.08±26.60	-7.951	**0.000***
Toplam MİBDÖ	12.45±8.25	63.59±12.67	-18.517	**0.000***

t: Bağımsız gruplarda t testi
*p<0.001

"Fiziksel aktivite" alt ölçeğinde, müdahale grubunun ortalama puanı 14.09±9.93, kontrol grubunun ortalama puanı ise 68.40±15.91 olarak saptanmış ve bağımsız örneklem t testi bulgularına göre gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur (t=−15.855; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.6). Bu bulgular, son görüşme itibarıyla müdahale grubunun "fiziksel aktivite" boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

“Güvensizlik” alt ölçeğinde, müdahale grubunun ortalama puanı 10.83±10.95, kontrol grubunun ortalama puanı ise 65.55±14.49 olarak belirlenmiş ve bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir ($t=-16.502$; $p=0.000$; $p<0.001$) (Tablo 4.6). Bu bulgular, son görüşme itibarıyla müdahale grubunun “güvensizlik” boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu ortaya koymaktadır.

“Duygusal tepki” alt ölçeğinde, müdahale grubunun ortalama puanı 12.29±9.77, kontrol grubunun ortalama puanı ise 63.12±15.25 olarak saptanmış ve bağımsız örneklem t testi bulgularına göre gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-15.368$; $p=0.000$; $p<0.001$) (Tablo 4.6). Bu bulgu, son görüşme itibarıyla müdahale grubunun “duygusal tepki” boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

“Bağımlılık” alt ölçeğinde, müdahale grubunun ortalama puanı 17.50±15.83, kontrol grubunun ortalama puanı ise 63.33±18.25 olarak saptanmış ve bağımsız örneklem t testi bulgularına göre gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulunmuştur ($t=-10.388$; $p=0.000$; $p<0.001$)(Tablo 4.6). Bu bulgular, son görüşme itibarıyla müdahale grubunun “bağımlılık” boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

“Beslenme şekli” alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 13.88±19.36, kontrol grubunun ortalama puanı ise 53.88±25.40 olarak saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($t=-6.858$; $p=0.000$; $p<0.001$) (Tablo 4.6). Bu bulgular, son görüşme itibarıyla müdahale grubunun “beslenme şekli” boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

“İlaç hakkında endişeler” alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 6.66±9.70, kontrol grubunun ortalama puanı ise 58.33±26.32 olarak bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak değerlendirilmiştir ($t=-10.085$; $p=0.000$; $p<0.001$) (Tablo 4.6). Bu bulgular, son görüşme itibarıyla müdahale grubunun “ilaç hakkında endişeler” boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

"İlaç yan etkileri" alt ölçeğinde müdahale grubunun ortalama puanı 6.25±9.13, kontrol grubunun ortalama puanı ise 47.08±26.60 olarak saptanmış ve bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=−7.951; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.6). Elde edilen bulgular, son görüşme itibarıyla müdahale grubunun "ilaç yan etkileri" boyutundaki yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

Toplam MİBDÖ puanları değerlendirildiğinde, müdahale grubunun ortalama puanı 12.45±8.25, kontrol grubunun ortalama puanı ise 63.59±12.67 olarak saptanmıştır. Bağımsız örneklem t testi bulgularına göre bu fark istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=−18.517; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.6). Elde edilen bulgular, müdahale grubunun son görüşme itibarıyla genel yaşam kalitesinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha iyi olduğunu göstermektedir.

4.6. Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde HÖGÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı almış müdahale grubundaki hastalar ile gerçekleştirilen ilk ve son görüşmeye ilişkin HÖGÖ bulguları sunulmaktadır.

Tablo 4.7: Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde HÖGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	İlk görüşme	Son görüşme	Test	
			t	p
Yaşam aktiviteleri	2.43±0.56	1.65±0.47	10.349	**0.000****
İlaçlar	2.74±0.72	1.76±0.51	8.110	**0.000****
Toplum ve izlem	2.22±0.46	1.55±0.39	10.511	**0.000****
Tedavi ve komplikasyonlar	2.87±0.70	1.83±0.49	8.981	**0.000****
Duruma ilişkin duygular	1.88±0.51	1.36±0.46	7.121	**0.000****
Yaşam kalitesi	2.29±0.59	1.78±0.53	4.746	**0.000****
Cilt bakımı	1,40±0.52	1.23±0.27	2.196	**0.036***
Toplam HÖGÖ	2.42±0.49	1.66±0.39	10.601	**0.000****

t: Bağımlı gruplarda t testi
*p<0.05 **p<0.001

İlk görüşmede “yaşam aktiviteleri” alt boyutunda müdahale grubunun ortalama puanı 2.43±0.56 iken, müdahale sonrasında 1.65±0.47 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (t=10.349; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.7). Bu sonuçlar, uygulanan eğitim müdahalesinin hastaların günlük yaşam aktivitelerine yönelik öğrenim gereksinimlerinde anlamlı bir iyileşme sağladığını ortaya koymaktadır.

İlk görüşmede “ilaç” alt boyutunda ortalama puan 2.74±0.72, son görüşmede ise 1.76±0.51 olarak belirlenmiştir. Bağımsız örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (t=8.110; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.7). Bu bulgu, uygulanan eğitim müdahalesi sonrasında hastaların ilaç kullanımına ilişkin öğrenim gereksinimlerinde azalma olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.7’deki bulgulara göre ilk görüşmede “toplum ve izlem” alt boyutunda ortalama puan 2.22±0.46, son görüşmede ise 1.55±0.39 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (t=10.511; p=0.000; p<0.001). Analiz bulguları, uygulanan eğitim müdahalesinin hastaların toplumsal etkileşim ve izlem süreçlerine ilişkin öğrenim gereksinimlerinde azalma sağladığını göstermektedir.

İlk görüşmede “tedavi ve komplikasyonlar” alt boyutunda ortalama puan 2.87±0.70, son görüşmede ise 1.83±0.49 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi bulguları, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir (t=8.981; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.7). Bu bulgular, uygulanan eğitim müdahalesinin hastaların tedavi süreci ve komplikasyonlara ilişkin öğrenim gereksinimlerinde azalma sağladığını ortaya koymaktadır.

"Duruma ilişkin duygular" alt boyutunda ilk görüşmede ortalama puan 1.88±0.51 iken, eğitim müdahalesi sonrasında bu puanın 1.36±0.46'ya düştüğü gözlenmiştir. Yapılan bağımlı örneklem t testi analizi, bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğunu ortaya koymuştur (t=7.121, p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.7). Elde edilen bu bulgular, uygulanan eğitim müdahalesinin hastaların duruma ilişkin duygusal tepkilerine yönelik öğrenim gereksinimlerinde kayda değer bir azalma sağladığını desteklemektedir.

Tablo 4.7'de sunulan bulgulara göre, "yaşam kalitesi" alt boyutundaki ortalama puanlar ilk görüşmede 2.29±0.59 iken, eğitim müdahalesi sonrasında 1.78±0.53'e

düşmüştür. Yapılan bağımlı örneklem t testi, bu azalmanın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu doğrulamaktadır (t=4.746; p=0.000; p<0.001). Bu sonuçlar, uygulanan eğitim programının hastaların yaşam kalitesine ilişkin öğrenim gereksinimlerinde azalma sağladığını göstermektedir.

“Cilt bakımı" alt boyutunda ilk görüşmede ortalama puan 1,40±0.52 iken, son görüşmede bu puan 1,23± 0.27 olarak ölçülmüştür. Bağımlı örneklem testi bulguları, bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu (t=2.196; p=0.036; p < 0.05) ortaya koymaktadır (Tablo 4.7). Bu bulgu, uygulanan eğitim müdahalesinin hastaların cilt bakımına yönelik öğrenim gereksinimlerini azalttığını desteklemektedir.

Tablo 4.7'de sunulan verilere göre, ilk görüşmede katılımcıların HÖGÖ'den aldıkları ortalama puan 2.42±0.49 iken, son görüşmede bu puanın 1.66±0.39'a düştüğü görülmektedir. Bağımlı örneklem t testi bulguları, bu azalmanın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu göstermektedir (t=10.601; p=0.000; p<0.001). Bu bulgu, uygulanan eğitim müdahalesinin hastaların genel öğrenim gereksinimlerinde anlamlı bir azalmaya katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır.

4.7. Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde HÖGÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı almış kontrol grubundaki hastalar ile gerçekleştirilen ilk ve son görüşmeye ilişkin HÖGÖ bulguları sunulmaktadır.

“Yaşam aktiviteleri” alt boyutuna ilişkin ilk görüşme puan ortalaması 3.39±0.51 iken, son görüşme puanı 4.03±0.47’ye yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-6.342; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu sonuç, kontrol grubundaki hastaların zamanla günlük yaşam aktivitelerine yönelik bilgi gereksinimlerinin arttığını göstermiştir.

“İlaçlar” alt boyutuna ilişkin ilk görüşme puan ortalaması 3.83±0.50 iken, son görüşme ortalaması 4.20±0.43 olarak belirlenmiş ve bu artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-4.947; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu bulgu, kontrol grubundaki hastaların ilaç kullanımıyla ilgili bilgi gereksinimlerinin zamanla arttığını ortaya koymuştur.

Tablo 4.8: Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde HÖGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği	İlk görüşme	Son görüşme	Test	
			t	p
Yaşam aktiviteleri	3.39±0.51	4.03±0.47	-6.342	**0.000***
İlaçlar	3.83±0.50	4.20±0.43	-4.947	**0.000***
Toplum ve izlem	2.81±0.35	4.03±0.52	-10.447	**0.000***
Tedavi ve komplikasyonlar	3.96±0.29	4.25±0.28	-4.617	**0.000***
Duruma ilişkin duygular	2.58±0.47	3.84±0.60	-9.454	**0.000***
Yaşam kalitesi	3.86±0.42	4.23±0.32	-5.178	**0.000***
Cilt bakımı	1,82±0.79	3.76±0.76	-9.320	**0.000***
Toplam HÖGÖ	3.33±0.23	4.08±0.36	-10.608	**0.000***

t: Bağımlı gruplarda t testi
*p<0.001

"Toplum ve izlem" alt boyutuna ilişkin ilk görüşme puan ortalaması 2.81±0.35 iken, son görüşme ortalaması 4.03±0.52'ye yükselmiş ve bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-10.447; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu sonuç, hastaların tedavi sonrası toplum temelli sağlık hizmetlerine ve izlemlere ilişkin bilgi gereksinimlerinin belirgin şekilde arttığını göstermektedir.

"Tedavi ve komplikasyonlar" alt boyutuna ilişkin ilk görüşme puan ortalaması 3.96±0.29 iken, son görüşme ortalaması 4.25±0.28'e yükselmiş ve bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-4.617; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu bulgu, hastaların tedavi süreci, uygulanan girişimler ve olası komplikasyonlara ilişkin bilgi gereksinimlerinin zaman içinde arttığını göstermektedir.

"Duruma ilişkin duygular" alt boyutuna ait ilk görüşme puan ortalaması 2.58±0.47 iken, son görüşme ortalaması 3.84±0.60'a yükselmiş ve bu değişim istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-9.454; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu sonuç, hastaların hastalık sürecine dair duygusal tepkilerini anlama, kabul etme ve

yönetme konularında zamanla daha fazla bilgi ve desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

"Yaşam kalitesi" alt boyutuna ilişkin ilk görüşme puan ortalaması 3.86±0.42 iken, son görüşme ortalaması 4.23±0.32'ye yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-5.178; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu bulgu, hastaların hastalık sürecinin yaşam kalitelerine olan etkisini daha fazla sorguladıklarını ve bu doğrultuda yaşam kalitesini koruma ya da artırma yönünde bilgi edinme gereksinimlerinin arttığını göstermektedir.

"Cilt bakımı" alt boyutuna ilişkin ilk görüşme puan ortalaması 1,82±0.79 iken, son görüşme ortalaması 3.76±0.76'ya yükselmiş ve bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-9.320; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu dikkat çekici artış, hastaların cilt bütünlüğünü koruma, yara bakımı ve hijyen uygulamaları gibi konularda bilgi gereksinimlerinin süreç içerisinde belirgin biçimde arttığını göstermektedir.

Toplam HÖGÖ puan ortalaması ilk görüşmede 3.33±0.23 iken, son görüşmede 4.08±0.36'ya yükselmiş ve bu artış istatistiksel olarak düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-10.608; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.8). Bu sonuç, hastaların genel öğrenim gereksinimlerinin zamanla arttığını ortaya koymaktadır.

4.8. Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde MİBDÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı almış müdahale grubundaki hastalar ile gerçekleştirilen ilk ve son görüşmeye ilişkin MİBDÖ bulguları sunulmaktadır.

"Fiziksel aktivite" alt ölçeğinde müdahale grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 32.08±16.99 iken, son görüşmede bu puan 14.09±9.93 olarak saptanmıştır. Bağımlı örneklem t testi sonuçları, bu değişimin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu göstermektedir (t=6.718; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.9). Bu bulgu, müdahale grubundaki hastaların fiziksel aktiviteye ilişkin yaşam kalitesinin zamanla anlamlı düzeyde iyileştiğini ortaya koymaktadır.

"Güvensizlik" alt ölçeğinde, müdahale grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 31,01±15.96 iken, son görüşmede bu puan 10.83±10.95 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre bu azalma istatistiksel olarak ileri düzeyde

anlamlı bulunmuştur (t=7.495; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.9). Bu bulgu, müdahale grubundaki hastaların güvensizlik boyutundaki yaşam kalitesinin zamanla anlamlı düzeyde iyileştiğini göstermektedir.

Tablo 4.9: Müdahale Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde MİBDÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği	İlk görüşme	Son görüşme	Test	
			t	p
Fiziksel aktivite	32.08±16.99	14.09±9.93	6.718	**0.000****
Güvensizlik	31.01±15.96	10.83±10.95	7.495	**0.000****
Duygusal tepki	38.33±15.72	12.29±9.77	9.963	**0.000****
Bağımlılık	41.94±16.15	17.50±15.83	7.903	**0.000****
Beslenme şekli	45.55±28.59	13.88±19,36	6.200	**0.000****
İlaç hakkında endişeler	32.80±11.69	12.45±8.25	2.112	**0.043***
İlaç yan etkileri	17.50±23.11	6.25±9.13	2.955	**0.006***
Toplam MİBDÖ	32.80±11.69	12.45±8.25	9.827	**0.000****

t: Bağımlı gruplarda t testi
*p<0.05 **p<0.001

"Duygusal tepki" alt ölçeğinde, müdahale grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 38.33±15.72 iken, son görüşmede bu puan 12.29±9.77 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonucuna göre bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=9.963; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.9). Bu sonuç, müdahale grubundaki hastaların duygusal tepki boyutundaki yaşam kalitesinin zamanla anlamlı düzeyde iyileştiğini ortaya koymaktadır.

"Bağımlılık" alt ölçeğinde, müdahale grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 41.94±16.15 iken, son görüşmede bu puan 17.50±15.83 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=7.903; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.9). Bu bulgu, müdahale

grubundaki hastaların bağımlılık boyutundaki yaşam kalitesinde zaman içinde anlamlı bir iyileşme yaşandığını göstermektedir.

"Beslenme şekli" alt ölçeğinde, müdahale grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 45.55±28.59 iken son görüşmedeki puanı 13.88±19.36 olarak saptanmıştır. Bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (t=6.200; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.9). Bu bulgu, müdahale grubundaki hastaların beslenme şekli boyutunda yaşam kalitesinde anlamlı düzeyde iyileşme olduğunu göstermektedir.

"İlaç hakkında endişeler" alt ölçeğinde, müdahale grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 32.80±11.69 iken son görüşmedeki puanı 12.45±8.25 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi analizine göre bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır (t=2.112; p=0.043; p<0.05) (Tablo 4.9). Bu bulgu, müdahale grubundaki hastaların ilaçlara ilişkin endişelerinde anlamlı düzeyde azalma olduğunu ve bu durumun yaşam kalitesine olumlu yansıdığını göstermektedir.

"İlaç yan etkileri" alt ölçeğinde müdahale grubunun ilk görüşmede aldığı ortalama puan 17.50±23.11 iken, son görüşmede bu puan 6.25±9.13 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonucunda elde edilen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t=2.955; p=0.006; p > 0.05) (Tablo 4.9). Bu bulgu, müdahale grubunda ilaç yan etkilerine ilişkin algının azalmış olsa da bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde olmadığını göstermektedir.

Toplam MİBDÖ açısından incelendiğinde müdahale grubunda ilk görüşmede ortalama puan 32.80±11.69 iken, son görüşmede bu değer 12.45±8.25'e düşmüştür. Bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=9.827; p=0.016; p<0.05) (Tablo 4.9). Bu bulgular, müdahale grubunda zamanla genel yaşam kalitesinin anlamlı düzeyde iyileştiğini göstermektedir.

4.9. Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde MİBDÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, MI tanısı almış kontrol grubundaki hastalar ile gerçekleştirilen ilk ve son görüşmeye ilişkin MİBDÖ bulguları sunulmaktadır.

Tablo 4.10: Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmelerde MİBDÖ Genel ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği	İlk görüşme	Son görüşme	Test	
			t	p
Fiziksel aktivite	44.09±23.47	68.40±15.91	-8.761	**0.000***
Güvensizlik	39.53±13.50	65.55±14.49	-8.830	**0.000***
Duygusal tepki	41.87±15.84	63.12±15.25	-6.934	**0.000***
Bağımlılık	50.00±14.01	63.33±18.25	-4.287	**0.000***
Beslenme şekli	30.27±22.58	53.88±25.40	-4.572	**0.000***
İlaç hakkında endişeler	24.16±29,53	58.33±26.32	-5.882	**0.000***
İlaç yan etkileri	21.66±22.96	47.08±26.60	-5.201	**0.000***
Toplam MİBDÖ	39.57±10.35	63.59±12.67	-10.843	**0.000***

t: Bağımlı gruplarda t testi
*p<0.001

"Fiziksel Aktivite" alt ölçeğinde, kontrol grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 44.09±23.47 iken, son görüşmede bu değer 68.40±15.91 olarak kaydedilmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre, bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-8.761; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.10). Elde edilen bulgular, kontrol grubundaki hastaların fiziksel aktiviteye bağlı yaşam kalitesi düzeylerinin zaman içerisinde anlamlı ölçüde kötüleştiğini göstermektedir.

"Güvensizlik" alt ölçeğine ilişkin olarak, kontrol grubunun ilk görüşmedeki ortalama puanı 39.53±13.50 iken, son görüşmede bu puan 65.55±14.49'a yükselmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçları, bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu göstermektedir (t=-8.830; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.10). Bu bulgular, kontrol grubundaki hastaların güvensizlik duygularına bağlı yaşam kalitesi düzeylerinin zamanla anlamlı biçimde azaldığını ortaya koymaktadır.

"Duygusal Tepki" alt ölçeğine ilişkin olarak, kontrol grubunun ilk görüşmede elde

ettiği ortalama puan 41.87±15.84 iken, son görüşmede bu değer 63.12±15.25'e yükselmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçları, bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (t=-6.934; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.10). Bu bulgular, kontrol grubundaki hastaların duygusal tepkilere bağlı yaşam kalitesinin zaman içinde anlamlı şekilde olumsuz etkilendiğini göstermektedir.

"Bağımlılık" alt ölçeğinde, kontrol grubunun birinci görüşmede elde ettiği ortalama puan 50.00±14.01 iken, son görüşmede bu değer 63.33±18.25 olarak belirlenmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-4.287; p=0.002; p<0.05) (Tablo 4.10). Bu bulgular, kontrol grubundaki hastaların bağımlılıkla ilişkili yaşam kalitesinin zamanla anlamlı ölçüde azaldığını göstermektedir.

"Beslenme Şekli" alt ölçeğine ilişkin olarak, kontrol grubunun ilk görüşmede elde ettiği ortalama puan 30.27±22.58 iken, son görüşmede bu değer 53.88±25.40 olarak kaydedilmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçları, bu değişimin gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu göstermektedir (t=-4.572; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.10). Bu bulgular, kontrol grubundaki hastaların beslenme şekliyle ilişkili yaşam kalitesinin zaman içinde anlamlı düzeyde olumsuz yönde etkilendiğini ortaya koymaktadır.

"İlaç Hakkında Endişeler" alt ölçeğine ilişkin olarak, kontrol grubunun ilk görüşmede elde ettiği ortalama puan 24.16±29.53 iken, son görüşmede bu puan 58.33±26.32'ye yükselmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçlarına göre, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (t=-5.882; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.10). Bu bulgular, kontrol grubundaki hastaların ilaçlara yönelik endişelerinin zaman içerisinde belirgin biçimde arttığını ve bu durumun yaşam kalitesini anlamlı şekilde olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır.

"İlaç Yan Etkileri" alt ölçeğinde, kontrol grubunun birinci görüşmede elde ettiği ortalama puan 21.66±22.96 iken, son görüşmede bu değer 47.08±26.60 olarak kaydedilmiştir. Bağımlı örneklem t testi sonuçları, bu değişimin gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (t=-5.201; p=0.000; p<0.001) (Tablo 4.10). Bu bulgular, kontrol grubundaki hastaların ilaç yan etkilerine ilişkin algılarının zamanla olumsuz yönde değiştiğini ve bu durumun yaşam kalitesini anlamlı biçimde etkilediğini göstermektedir.

Toplam MİBDÖ puanları, kontrol grubunda birinci görüşmede ortalama 39.57±10.35 iken, son görüşmede bu değer 63.59±12.67 olarak tespit edilmiştir. Bağımlı örneklem t testi analizine göre, gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-10.843$; $p=0.000$; $p<0.001$) (Tablo 4.10). Bu sonuçlar, kontrol grubundaki hastaların genel yaşam kalitesinin zaman içerisinde anlamlı ölçüde azaldığını göstermektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5.TARTIŞMA

Miyokard infarktüsü geçiren hastalara yönelik öğrenim gereksinimlerine dayalı verilen taburculuk eğitiminin, yaşam kalitesine olan etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmamız hipotezlere paralel olarak beş bölümde literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, müdahale grubundaki hastaların %60'ı, kontrol grubundaki hastaların ise %66.7'si 55 yaş ve üzerindedir. Bu durum, her iki grupta da MI geçiren hastaların ağırlıklı olarak ileri yaş grubunda yer aldığını göstermektedir. Sir ve Özakgül'ün (2021) akut MI tanısı almış hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada da benzer şekilde, hastaların yaş ortalaması 59,04±5.56 olarak bildirilmiş olup, bu bulgu araştırmamızdaki yaş dağılımını desteklemektedir.

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların %83.3'ünün ve kontrol grubundaki hastaların %76.7'sinin erkek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, MI tanısı alan hastalar arasında erkeklerin daha yüksek oranda temsil edildiğini göstermektedir. Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmaktadır; Lamesgin Endalew ve ark. (2021) ile Kolarczyk ve ark. (2024) tarafından yürütülen çalışmalarda, MI hastalarının çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu ve bu oranın %56.8 ile %67.1 arasında değiştiği bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların medeni durumu incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların %83.3'ünün, kontrol grubundakilerin ise %93.3'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, MI tanısı alan hastalar arasında evli olanların oranının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Sir ve Özakgül'ün (2021) MI hastalarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada da benzer şekilde, hastaların %76'sının evli olduğu bildirilmiş ve bulgumuzu desteklemiştir.

Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu incelendiğinde, müdahale grubundaki hastaların %70'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, çalışmaya katılan MI hastalarının büyük bir kısmının düşük eğitim düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, akut MI

geçiren yoğun bakım hastalarında çevresel stresörlerin uyku kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, Akar ve arkadaşları (2025) hastaların %66.9'unun ilköğretim mezunu olduğunu bildirmiştir.

Araştırma bulgularına göre, müdahale grubundaki MI hastalarının %93.3'ü ailesiyle birlikte yaşamakta ve %60'ı herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların ise %96.7'si ailesiyle yaşamakta, %56.7'si çalışmamaktadır. Özdemir'in (2015) çalışmasında da benzer şekilde, MI hastalarının %67.4'ünün çalışmadığı bildirilmiştir. Ayrıca, Sarıoğlu ve Gök'ün (2022) yürüttüğü araştırmada, hastaların %52.1'inin geniş aile hastalarından ziyade çekirdek aile yapısı içinde, eşleriyle birlikte yaşadıkları bildirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre, müdahale grubundaki MI hastalarının %53.3'ü obez olarak sınıflandırılmışken, kontrol grubundaki hastaların %43.3'ü fazla kilolu olarak değerlendirilmiştir. Lan ve arkadaşları (2022), çalışmalarında hastaların vücut kitle indeksinin ortalama 25.83±2.40 olduğunu ve bu değerin fazla kilolu kategorisine karşılık geldiğini bildirmiştir. Benzer şekilde, Sungur ve arkadaşları (2022) ise inceledikleri hasta grubunun %46.5'inin (n=348) fazla kilolu, %36.1'inin (n=270) ise obez olduğunu ifade etmiş ve bizim bulgumuzu desteklemektedir.

Müdahale grubundaki hastaların %56.7'si aktif sigara içicisi olduğunu, %30'u ise daha önce sigara içtiğini ancak artık içmediğini belirtmiştir. Benzer şekilde, kontrol grubundaki hastaların da %56.7'si aktif sigara içmeye devam ettiğini, %16.7'si ise daha önce sigara kullanmış ancak şu anda içmediğini ifade etmiştir. Akut MI hastalarıyla yapılan başka bir çalışmada ise, hastaların %26.4'ünün aktif sigara içicisi olduğu, %25.1'inin ise öncesinde sigara içtiğini bildirdiği görülmüştür (Kolarczyk ve ark., 2024).

Müdahale grubundaki hastaların %70'inin en az bir kronik rahatsızlığa sahip olduğu, kontrol grubunda ise bu oranın %63.33 olduğu belirlenmiştir. Kolarczyk ve arkadaşlarının (2024) gerçekleştirdiği çalışmada ise, yalnızca yedi hastanın (%3.03) kronik bir rahatsızlığı bulunmadığı, diğer hastaların büyük çoğunluğunun en az bir kronik hastalıkla yaşadığı tespit edilmiş, en sık bildirilen kronik hastalıkların hipertansiyon (%65.8) ve diyabet (%29,8) olduğu ifade edilmiştir.

5.2. İlk ve Son Görüşmelerde Müdahale Grubundaki Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Miyokard infarktüsü geçiren hastaların öğrenim gereksinimleri, hastalığın akut döneminden başlayarak taburculuk ve evde bakım süreçlerini kapsayan geniş bir yelpazede ele alınmıştır. Literatürde de özellikle taburculuk öncesi dönemde bu gereksinimlerin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Örneğin Sarıoğlu ve Gök (2022), MI geçiren hastaların genel öğrenim gereksinim düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu belirtmiş; Hansen ve Sampognaro'nun (2019) sistematik derlemesi ise hastaların en fazla "yara bakımı", "ilaç bilgisi" ve "komplikasyonlar ile semptomlar" konularında bilgiye ihtiyaç duyduklarını saptamıştır. Greco ve arkadaşları (2016) da kalp hastalarının risk faktörleri, semptom yönetimi, tanı, ilaç, kardiyak anatomi-fizyoloji, tedavi, diyet ve fiziksel aktivite alanlarında bilgi gereksinimlerini öncelikli gördüklerini bildirmiştir. Baert ve arkadaşlarının (2019) yürüttüğü bu kesitsel çalışmada ise, kalp yetmezliği kalp yetmezliği hastalarının cinsel yaşamla ilgili bilgi ihtiyaçlarını değerlendirmiş ve %43.1'i cinsellik konusunda danışmanlık ihtiyacı duyduklarını bildirmiştir. Bu çalışmada da literatür ile benzer bulgular elde edilmiş; ilk görüşme sonuçlarına göre MI hastalarında "yaşam aktiviteleri", "ilaçlar", "toplum ve izlem", "tedavi ve komplikasyonlar" ile "yaşam kalitesi" başlıklarında kısmen yüksek öğrenim gereksinimi tespit edilmiştir. Öğrenim gereksinimlerin karşılanmasının, hastaların kendilerini daha güvende hissetmelerine ve taburculuk sonrası sağlık yönetimini iyileştirmelerine katkıda bulunduğu bildirilmektedir (Burucu ve ark., 2023). Bu kapsamda yapılandırılmış taburculuk eğitimi, hastaların öğrenim gereksinimlerini karşılamada etkili bir araç olarak tanımlanmaktadır. (Tuna ve Pakyüz, 2022; Sarıoğlu ve Gök, 2022).

Bu çalışmada müdahale grubundaki hastaların ilk görüşmede HÖGÖ toplam puan ortalaması 2.42 ± 0.49 iken, son görüşmede bu ortalama $1{,}66 \pm 0.39$'a gerilemiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çatal ve Dicle'ye (2008) göre yüksek HÖGÖ puanları artan öğrenim gereksinimini ifade etmektedir; dolayısıyla puanlardaki anlamlı düşüş, uygulanan yapılandırılmış taburculuk eğitimi hastaların öğrenim gereksinimlerini azaltmada etkili olduğunu ve bilgi düzeylerini yükselttiğini göstermektedir. Bu bulgu, **"MI geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastaların öğrenim gereksinimlerini azaltır"** hipotezini desteklemektedir.

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tuna ve Çınar Pakyüz'ün (2022) yürüttüğü çalışmada akut MI geçiren 100 hasta üzerine odaklanılmış ve bu hastalar kontrol ile müdahale grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Müdahale grubuna planlı taburculuk eğitimi sağlanmasının ardından dört hafta sonra yapılan değerlendirmeler, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgisi, ilaç ve beslenme uyumu ile bireysel takip konusundaki inanç ve bilgi düzeylerinde kontrol grubuna kıyasla anlamlı artışlar olduğunu göstermiştir (Tuna ve Çınar Pakyüz, 2022). Buna ek olarak, Hussein ve Mohammed (2022) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, sağlık eğitiminin MI geçiren hastaların algılanan öğrenme gereksinimlerini karşılamada kritik bir rol oynadığı vurgulanmıştır. Aynı çalışmada araştırmacılar, hastaların öğrenme ihtiyaçlarına yönelik yapılandırılmış eğitim sunmanın motivasyonu artırdığını ve böylece bilgi edinimini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (Hussein ve Mohammed, 2022). O'Brien ve arkadaşlarının (2014) yürüttüğü randomize kontrollü çalışmada ise, akut koroner sendrom (AKS) tanısı almış 1.947 hasta değerlendirilmiş ve müdahale grubuna motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak bireyselleştirilmiş 40 dakikalık bir eğitim seansı uygulanmıştır. Bu müdahale 1. ve 6. aylarda pekiştirilmiş ve sonuçlar, müdahale grubunda bilgi, tutum ve inanç puanlarında 3. ve 12. aylarda anlamlı iyileşmeler olduğunu göstermiştir. Doležel ve Jarošová'nın (2019) çalışmasında 165 akut MI hastasına (müdahale=68; kontrol=97) hemşireler tarafından yapılandırılmış eğitim verilmiştir. Sonuçlar, müdahale grubundaki hastaların bilgi düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu ve ilaç uyumlarının da daha düzenli seyrettiğini ortaya koymuştur. Son olarak, Abu Shuaib ve arkadaşlarının (2014) MI hastalarına yönelik eğitim programı üzerine yaptığı araştırma incelenmiş; eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmelerde, hastaların MI'nın doğası, nedenleri, belirtileri, komplikasyonları ve ilaç tedavisi konularındaki bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler tespit edilmiştir. Literatürde yer alan ulusal ve uluslararası çalışmalarla da görüldüğü üzere MI geçiren hastalara yönelik yapılan yapılandırılmış taburculuk eğitiminin, öğrenim gereksinimlerini anlamlı şekilde artırdığını ortaya koymaktadır.

5.3. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Müdahale ve kontrol gruplarının öğrenme gereksinimlerini karşılamaya yönelik yapılan son değerlendirmede, hastaların toplam HÖGÖ puan ortalamaları

incelenmiştir. Müdahale grubunda yer alan hastaların ortalama HÖGÖ puanı 1,64±0.39 iken, kontrol grubundaki hastaların ortalaması 4.08±0.36 olarak belirlenmiştir. Bu farklılık, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Elde edilen bu sonuç, planlı taburculuk eğitimi almayan hastaların öğrenme gereksinimlerinin, eğitim alanlara kıyasla son görüşme itibarıyla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Literatürde öğrenim gereksinimleri doğrultusunda verilen taburculuk eğitiminin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırmalı olarak yapıldığına ilişkin çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, Tuna ve Çınar Pakyüz'ün (2022) akut MI geçiren bireylerle yürüttüğü çalışmada da, müdahala grubuna verdiği planlı taburculuk eğitimi sonrası, ikinci değerlendirme sürecinde müdahale grubundaki hastaların kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin, kontrol grubuna göre anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, öğrenim gereksinimlerine göre verilen taburculuk eğitiminin, MI geçiren hastaların bilgi düzeylerini artırmada ve öğrenme gereksinimlerini azaltmada etkili ve işlevsel bir müdahale yöntemi olduğunu desteklemektedir.

5.4. İlk ve Son Görüşmelerde Müdahale Grubundaki Hastaların MİBDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Koroner arter hastalığı, hastaların fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal işlevselliğini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinde ciddi düşüşlere yol açan en önemli kronik hastalıklardan biridir (Arslan ve Mollaoğlu, 2020). Koroner arter hastalığının ağır klinik tablolarından biri olan MI sonrası bireyler; genel sağlık durumundan fiziksel yeterliliğe, günlük yaşam aktivitelerinden zihinsel sağlığa kadar pek çok alanda düşük yaşam kalitesi sorunuyla karşılaşmaktadır (Er ve ark, 2020). Ayrıca, hastalığın yaşamı tehdit edici doğası, uzun vadeli yaşam tarzı değişiklikleri gerekliliği ve MI sonrasındaki tıbbi rejimler, hastaların yaşam kalitesinin daha da azalmasına katkıda bulunmaktadır (Kang ve ark., 2016). Literatürdeki tanımlayıcı çalışmalarda, MI geçiren hastaların yaşam kalitesi algısının genellikle orta düzeyde olduğu bildirilmiştir. Örneğin Güney Kore'de yapılan bir araştırmada, MI sonrası hastaların yaşam kalitesi "orta" düzeyde bulunmuştur (Kaur, 2017). Benzer şekilde, Fırat ve Dedeli (2016) de akut MI geçiren hastaların yaşam kalitesini orta düzeyde algıladıklarını raporlamıştır. Hindistan'da yürütülen başka bir çalışmada ise hastaların %15'inin "iyi", %63.33'ünün "ortalama" ve %21,67'sinin "kötü" yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (Kim et al., 2015). Bu bulgular, MI geçiren hastaların yaşam

kalitesi değerlendirmesinin özel ve öncelikli bir gereksinim olduğunu göstermektedir (Kolarczyk et al., 2024). Özellikle taburculuk sürecinde MI yaşam kalitesinin sistematik olarak değerlendirilmesi; hastaların ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılması, rehabilitasyon ve destek stratejilerinin etkinliğinin artırılması bakımından kritik öneme sahiptir (Tokarewicz et al., 2025). Öğrenim gereksinimlerine göre verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bu çalışmada, müdahale grubundaki hastaların ilk görüşmede ortalama MİBDÖ puanı 32.80±11,69 iken, son görüşmede bu değer 12.45±8,25 olarak ölçülmüştür. Bağımlı gruplarda uygulanan t testi sonuçları, puanlardaki bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Yılmaz ve arkadaşlarına (2012) göre yüksek MİBDÖ puanları kötü yaşam kalitesini işaret ettiğinden, gözlenen anlamlı azalma, planlı taburculuk eğitiminin hastaların yaşam kalitesini yükseltmede etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgu **"MI geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun verilen taburculuk eğitimi hastaların yaşam kalitesini artırır"** hipotezini desteklemektedir.

Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda uyum ve baş etme becerilerinin güçlendirilmesi ile fiziksel aktivitelerin düzenlenmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde temel bir rol oynamaktadır (Banack ve ark., 2014). Uysal ve Özcan (2012) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada, taburculuk öncesi verilen bireysel eğitim ile sonraki üç aylık telefon izlem sürecinin, hastaların bilgi düzeylerinde ve fiziksel aktivite düzeylerinde anlamlı artış sağladığı, bu değişikliklerin de yaşam kalitesine olumlu yansıdığı belirlenmiştir. Xing ve arkadaşlarının (2020) sistematik derlemesi, egzersiz rehabilitasyonu programlarının miyokard infarktüsü geçiren bireylerde fiziksel fonksiyon ve genel yaşam kalitesini anlamlı düzeyde iyileştirdiğini göstermiştir. Lin ve arkadaşlarının (2016) benzer nitelikteki randomize kontrollü çalışmasında ise, iskemik kalp hastalığı tanılı katılımcılara uygulanan bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi ve üç aylık düzenli telefon desteği, enerji–yorgunluk ve fiziksel ağrı alt boyutlarında belirgin iyileşmeler sağlayarak fiziksel yaşam kalitesini artırmıştır. Ayrıca Francis ve ark. (2019) tarafından yürütülen sistematik derleme, kardiyak rehabilitasyon programlarının egzersiz, egzersiz dışı ve psikososyal müdahaleler aracılığıyla yaşam kalitesini iyileştirmede kritik öneme sahip olduğunu ortaya koymuştur. Son olarak, Roy Uyum Modeli'ne dayalı eğitim ve telefonla takip müdahalesini inceleyen bir çalışmada,

taburculuğu izleyen 12. haftada müdahale grubundaki hastaların kontrol grubuna kıyasla öz-yeterlik, fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarında istatistiksel olarak anlamlı gelişmeler gösterdiği ve başa çıkma adaptasyon süreçlerinin olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır (Turan Kavradim ve Canli Özer, 2020). Bu bulgular, MI sonrası bakım sürecinde bireyselleştirilmiş eğitim programları ile düzenli izlem ve destek yaklaşımının yaşam kalitesinin artırılmasında etkin bir strateji olduğunu desteklemektedir.

5.5. Son Görüşmede Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların MİBDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Müdahale ve kontrol grubundaki hastalar arasında yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik yapılan son değerlendirmede, hastaların toplam MİBDÖ puan ortalamaları incelenmiştir. Müdahale grubunda yer alan hastaların ortalama MİBDÖ puanı 12.45±0.8,25 iken, kontrol grubundaki hastaların ortalaması 63.59±0.12.67 olarak belirlenmiştir. Bu farklılık, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde öğrenim gereksinimleri doğrultusunda verilen taburculuk eğitiminin deney ve kontrol gruplarında yaşam kalitesine etkisini ortaya koyan çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda elde edilen çalışma bulgusu, planlı taburculuk eğitimi almayan hastaların yaşam kalitelerinin, eğitim alanlara kıyasla son görüşme itibarıyla anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, Assareh ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirdiği çalışmada, konjestif kalp yetmezliği olan hastalara yönelik taburculuk eğitiminin, yaşam kalitesi ve hastaneye yeniden yatış oranları üzerindeki etkileri incelenmiştir. Müdahale grubuna, taburculuk sırasında ve sonrasındaki ilk hafta içinde üç eğitim oturumu uygulanmış; altı aylık takip sürecinde, bu grubun yaşam kalitesi skorlarında anlamlı iyileşmeler kaydedilmiştir. Ayrıca, müdahale grubunda hastaneye yeniden yatış oranlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, öğrenim gereksinimlerine göre verilen taburculuk eğitiminin, MI geçiren hastaların yaşam kalitesini artırmada etkili ve işlevsel bir müdahale yöntemi olduğunu desteklemektedir.

ALTINCI BÖLÜM
6.SONUÇ VE ÖNERİLER

MI geçiren hastalarda öğrenim gereksinimlerine uygun olarak verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- İlk görüşmede, müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı,
- İlk görüşmede, kontrol grubundaki hastaların HÖGÖ puan ortalamalarının müdahale grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu,
- İlk görüşmede, müdahale grubundaki hastaların MİBDÖ puan ortalamalarının fiziksel aktivite, güvensizlik, bağımlılık ve toplam yaşam kalitesi alanlarında kontrol grubuna göre daha yüksek yüksek olduğu,
- Son görüşmede ilk görüşmeye göre müdahale grubundaki hastaların HÖGÖ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarının düşüş gösterdiği,
- Son görüşmede ilk görüşmeye göre kontrol grubundaki hastaların HÖGÖ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarının artış gösterdiği,
- Son görüşmede müdahale grubundaki hastaların HÖGÖ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu,
- Son görüşmede ilk görüşmeye göre müdahale grubundaki hastaların MİBDÖ puan ortalamalarının ilaç yan etkileri alt boyutu dışında düşüş gösterdiği,
- Son görüşmede ilk görüşmeye göre kontrol grubundaki hastaların MİBDÖ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarının artış gösterdiği,
- Son görüşmede müdahale grubundaki hastaların MİBDÖ genel ve tüm alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- MI tanısı almış hastaların bireysel öğrenim gereksinimlerinin belirlenerek, bu gereksinimlere uygun taburculuk eğitim programlarının oluşturulması,
- Yataklı tedavi hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarında öğrenim gereksinimlerine uygun hazırlanan taburculuk eğitiminin uygulanması,
- Öğenim gereksinimlerine uygun taburculuk eğitim müdahalelerinin kalıcılığını değerlendirmek ve sürdürülebilir davranış değişiklikleri sağlamak amacıyla, hastaların taburculuk sonrası da izlenmesi ve aralıklı öğrenim gereksinimlerine uygun eğitimler ile desteklenmesi,
- Mobil uygulamalar, dijital broşürler ve interaktif videolar gibi teknolojik araçların öğrenim gereksinimlerine dayalı taburculuk eğitimi sürecine entegrasyonu üzerine araştırmaların yapılması,
- Taburculuk öncesi değerlendirilen öğrenim gereksinimlerine göre verilen eğitim programlarının, farklı kronik hastalığı olan örneklem gruplarına uygulanması,
- Araştırma sonuçlarının genellenebilirliğini artırmak amacıyla, daha büyük örneklem gruplarıyla benzer taburculuk eğitimi çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Abdollahifar, Z., Karimyar Jahromi, M., Dehghani, K., Montaseri, M. A. (2025). Effect of high-quality nursing interventions on the quality of life and cardiac index in acute coronary syndrome patients treated with drug-eluting stents: a randomized trial study. *BMC Nursing*, 24(1), 51.

Abu Shuaib, K. M., Ismail, G. M., Fouad, N. A. M. (2014). Effect of educational program on compliance of myocardial infarction (MI) patients in Gaza Strip. *Journal of Education and Practice*, 5(13), 160–170.

AHA. (2024). 2024 heart and stroke statistics at a glance. Available date: 01.05.2025. Available from: https://www.heart.org/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2024-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2024-Statistics-At-A-Glance-final_2024.pdf

Akar, E. N., Enç, N., Türen, S. (2025). Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Yoğun Bakım Hastalarında Çevresel Stresörlerin Uyku Kalitesini Etkileme Düzeyi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 39-47.

Akdemir N (2021). *İ*ç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akademisyen Kitabevi Güncellenmiş 7. Baskı, Ankara.

Alkan Öz, H. (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing,* 7(2), 41-47.

Alkhaqani, A. L., Ali, B. R. M. (2022). Evidence-based nursing care of patient with acute myocardial infarction: Case report. *International Journal of Nursing and Health Sciences*, 4. 1–7.

Alsaqri, S. H., Alkuwaisi, M. J., Shafie, Z. M., Aldalaykeh, M. K., Alboliteeh, M. (2020). Saudi myocardial infarction patients' learning needs: Implications for cardiac education program. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(4), 1208-1212.

Alves, A. J., Viana, J. L., Cavalcante, S. L., Oliveira, N. L., Duarte, J. A., Mota, J., Oliveira, J., Ribeiro, F. (2016). Physical activity in primary and secondary prevention of cardiovascular disease: Overview updated. *World journal of cardiology*, 8(10), 575–583.

Arslan, G., Mollaoğlu, M. (2020). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesi. In N. Nural (Ed.), Kalp damar hastalıkları hemşireliği (1. baskı, ss. 55–63). Türkiye Klinikleri.

Babaei, M., Kermanshahi, S. M. K., Alhani, F. (2011). Influence of discharge planning on anxiety levels in patients with myocardial infarction. *Koomesh*, 12(3), 272–278.

Baloochi Beydokhti, T., Heshmati Nabavi, F., Ilkhani, M., Karimi Moonaghi, H. (2020). Information need, learning need and educational need, definitions and measurements: A systematic review. *Patient Education and Counseling,* 103(7), 1272–1286.

Banack, H. R., Holly, C. D., Lowensteyn, I., Masse, L., Marchand, S., Grover, S. A. and Da Costa, D. (2014). The association between sleep disturbance, depressive symptoms, and health-related quality of life among cardiac rehabilitation participants. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention,* 34(3), 188–94.

Bayrak, B., Sıdıka, O., Saadet, A., Büşra Candar, Sebih, K., Burçin, K., Gülbahar, A. (2019). Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10 (23), 129-137.

Bowling A. (2009). The Psychometric Properties of the Older People's Quality of Life Questionnaire, Compared with the CASP-19 and the WHOQOL-OLD. *Current gerontology and geriatrics research*, 2009, 298950.

Boylu, A. A., Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150.

Brown, J. C., Gerhardt, T. E., Kwon, E. (2023). Risk Factors for Coronary Artery Disease. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Bruno, F., Moirano, G., Budano, C., Lalloni, S., Ciccone, G., Verardi, R., Andreis, A., Montabone, A., De Filippo, O., Gallone, G., Gilardetti, M., D'Ascenzo, F., De Ferrari, G. M. (2022). Incidence trends and long-term outcomes of myocardial infarction in young adults: Does gender matter? *International journal of cardiology*, 357. 134–139

Brust, M., Gebhardt, W. A., Ter Hoeve, N., Numans, M. E., Kiefte-de Jong, J. C. (2024). Exploring timing and delivery of lifestyle advice following an acute

cardiac event hospitalization: The cardiac patient's perspective. *Patient Education and Counseling,* 124. 108279.

Bubela,N., Galloway, S., McCay, E., McKibbon, A., Nagle, L., Pringle D., ve ark. (1990). The patient learning needs scale: reliability and validity. *Journal Advanced Nursing*, 15. 1181-1187.

Buruntekin, F. (2022). *Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Ölüm Kaygısı ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi.* (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.

Büyüköztürk, Ş., Kılıç Çakmak, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., Demirel, F. (2017). Bilimsel araştırma yöntemleri (23. baskı). Pegem Akademi.

Chowdhury, I. Z., Amin, M. N., Chowdhury, M. Z., Rahman, S. M., Ahmed, M., Cader, F. A. (2021). Pre hospital delay and its associated factors in acute myocardial infarction in a developing country. *PloS one*, 16(11), e0259979.

CIHI. (2022). Heart disease in Canada: A comprehensive report. Available date: 30.04.2025. Available from: https://www.cihi.ca/en.

Civek, S., Akman, M. (2022). Dünyada ve Türkiye'de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21–28.

Cockayne S, Pattenden J, Worthy G, Richardson G, Lewin R. Nurse facilitated Selfmanagement support for people with heart failure and their family carers (SEMAPHFOR): a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud,* 2014; 51(9): 1207-1213.

Collet, J. P., Thiele, H., Barbato, E., Barthélémy, O., Bauersachs, J., Bhatt, D. L., Dendale, P., Dorobantu, M., Edvardsen, T., Folliguet, T., Gale, C. P., Gilard, M., Jobs, A., Jüni, P., Lambrinou, E., Lewis, B. S., Mehilli, J., Meliga, E., Merkely, B., Mueller, C., … ESC Scientific Document Group (2021). 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European heart journal*, 42(14), 1289–1367.

Coşkun, H., Akbayrak, N. (2001). Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (2), 63-68.

Çam, O., Nehir, S. (2011). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(2), 47–59.

Çatal, E., Dicle, A.(2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması.*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1(1), 19-32.

Dal Canto, E., Ceriello, A., Rydén, L., Ferrini, M., Hansen, T. B., Schnell, O., Standl, E., Beulens, J. W. (2019). Diabetes as a cardiovascular risk factor: An overview of global trends of macro and micro vascular complications. *European journal of preventive cardiology*, 26(2_suppl), 25–32.

Desai, R., Mishra, V., Chhina, A. K., Jain, A., Vyas, A., Allamneni, R., Lavie, C. J., Sachdeva, R., Kumar, G. (2023). Cardiovascular Disease Risk Factors and Outcomes of Acute Myocardial Infarction in Young Adults: Evidence From 2 Nationwide Cohorts in the United States a Decade Apart. *Current problems in cardiology*, 48(9), 101747.

Doležel, J., Jarošová, D. (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(2), 1026–1034.

Doležel, J., Jarošová, D. (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European journal of nursing and midwifery*,10(2), 1026-1034.

Dural, G., Çıtlık Sarıtaş, S. (2017a). Quality of life in patients with acute coronary syndrome and affecting factors. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), S131–S141.

Dural, G., Çıtlık Sarıtaş, S. (2017b). Home based education and quality of life in myocardial infarction. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 86–94.

Ebrahimi, H., Abbasi, A., Bagheri, H., Basirinezhad, M. H., Mirhosseini, S., Mohammadpourhodki, R. (2021). The role of peer support education model on the quality of life and self-care behaviors of patients with myocardial infarction. *Patient Education and Counseling,* 104(1), 130–135.

Enç N (2019). Kardiyovasküler Hemşirelik. Nobel Kitabevi. İstanbul.

Enç, N., Öz Alkan, H. Kalkan Uğurlu, Y. (2019). Akut koroner sendromlar. Enç, N. (Ed.), Kardiyovasküler hemşirelik (ss. 59-73). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Er, T., Kurçer, M.A. ve Erdoğan, Z. (2020). Koroner Arter Hastalarında Fiziksel ve Cinsel Aktiviteden Kaçınma Davranışını Etkileyen Faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi,* 5(2), 234-42.

Estoque, R. C., Togawa, T., Ooba, M., Gomi, K., Nakamura, S., Hijioka, Y., Kameyama, Y. (2019). A review of quality of life (QOL) assessments and indicators: Towards a "QOL-Climate" assessment framework. *Ambio,* 48(6), 619–638.

Fekonja, Z., Perkič, R., Strnad, M., Kmetec, S., McCormack, B. (2023). Symptoms experienced by patients with acute myocardial infarction that the triage nurses should know in the emergency department: A systematic review. In K. Čuček-Trifkovič ve ark. (Eds.), Innovative Nursing Care: Education and Research (pp. 15–32). De Gruyter.

Fırat, F., Dedeli, Ö. (2016). Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Cardiovascular Nursin*g, 7. S153–S161.

Flygare, O., Boberg, J., Rück, C., Hofmann, R., Leosdottir, M., Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F., Richman, P., Wallert, J. (2023). Association of anxiety or depression with risk of recurrent cardiovascular events and death after myocardial infarction: A nationwide registry study. *International journal of cardiology*, 381, 120–127.

Frostegård, J. (2013). Immunity, atherosclerosis and cardiovascular disease. *BMC Medicine*, 11, 117.

Gültekin, G., Özbayır, T. (2002). Koroner by-pass ameliyatı olan hastalara taburcu olmadan önce verilen eğitimin etkinliğinin karşılaştırılması. *Ulusal Cerrahi Kongresi- Cerrahi Hemşireliği Seksiyonu Panel ve Bildirileri Kongre Kitabı*, 309–317. Ritm Matbaa.

Hansen, A. B., Sampognaro, F. (2019). What patients want to learn after an AMI: Self-perceived learning needs of patients following an acute myocardial infarction – a literature review (Bachelor's thesis, Malmö University). DiVA Portal.

Henderson, C., Gillard, C., Wheeler, J. B., Maestri, T., Smith, C., Olet, S. (2024). The Impact of Post-Myocardial Infarction (MI) Depression on Cardiovascular-Related Hospitalizations. *Current problems in cardiology*, 49(1 Pt B), 102070.

Henning, R. J. (2021). Obesity and obesity-induced inflammatory disease contribute to atherosclerosis: A review of the pathophysiology and treatment of obesity. *American Journal of Cardiovascular Disease*, 11, 504–529.

Henwood, B. F., Derejko, K. S., Couture, J., Padgett, D. K. (2015). Maslow and mental health recovery: a comparative study of homeless programs for adults with serious mental illness. *Administration and policy in mental health*, 42(2), 220–228.

Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., Öhlen, G., Olsson, M., Bergenbrant, S., Orrego, C., Suñol, R., Toccafondi, G., Venneri, F., Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Schoonhoven, L., Wollersheim, H., European HANDOVER Research Collaborative (2014). Improving patient discharge and reducing hospital readmissions by using Intervention Mapping. *BMC Health Services Research*, 14. 389.

Huriani E. (2019). Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *International journal of nursing sciences*, 6(3), 294–299.

Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevenos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., ESC Scientific Document Group (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 39(2), 119–177.

Ingrassia, M., Mazza, F., Totaro, P., Benedetto, L. (2020). Perceived well-being and quality of life in people with typical and atypical development: The role of sports practice. *Journal of Functional Morphology and Kinesiology*, 5. 12.

Ionescu, R., Allen, L. A., Breathett, K., Fowler, B. K., Jackson, E. A., Kundrick, J., Ogunniyi, M. O., Magnani, J. W. (2025). Health Literacy in Heart Failure: A Review of the Gaps and Challenges. *JACC. Advances*, 4(3), 101608.

Jackson, J. C., Santoro, M. J., Ely, T. M., Boehm, L., Kiehl, A. L., Anderson, L. S., Ely, E. W. (2014). Improving patient care through the prism of psychology: application of Maslow's hierarchy to sedation, delirium, and early mobility in the intensive care unit. *Journal of critical care*, 29(3), 438–444.

Jebari-Benslaiman, S., Galicia-García, U., Larrea-Sebal, A., Olaetxea, J. R., Alloza, I., Vandenbroeck, K., Benito-Vicente, A., Martín, C. (2022). Pathophysiology of Atherosclerosis. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(6), 3346

Kang, K., Gholizadeh, L., Inglis, S. C., Han, H. R. (2016). Interventions that improve health-related quality of life in patients with myocardial infarction. *Quality of life research*, 25(11), 2725–2737.

Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (2020). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım (ss. 411–580). Ankara.

Karr S. (2017). Epidemiology and management of hyperlipidemia. *The American journal of managed care*, 23(9 Suppl), S139–S148.

Kasapoğlu, E. S., Enç, N. (2017). Koroner arter hastaları için bir rehber. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 8(15), 1–7.

Kenrick, D. T., Griskevicius, V., Neuberg, S. L., Schaller, M. (2010). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspectives on psychological science,* 5(3), 292–314.

Khan, A. W., Jandeleit-Dahm, K. A. M. (2025). Atherosclerosis in diabetes mellitus: novel mechanisms and mechanism-based therapeutic approaches. Nature reviews. *Cardiology*, 10.1038/s41569-024-01115-w.

Khan, I. A., Karim, H. M. R., Panda, C. K., Ahmed, G., Nayak, S., Khan, I. A. (2023). Atypical presentations of myocardial infarction: a systematic review of case reports. *Cureus*, 15(2).

Khodaveisi, M., Salmani Ghabeshi, M., Amini, R., Tapak, L. (2022). The effect of post-discharge telephone training and follow-up on self-care behaviors of myocardial infarction patients. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*, 30(2), 98–106.

Kızıl, C. (2008). *Kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimleri ve hemşirelerin bu konuda düşünceleri.* (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Kim, H. M., Kim, J., Hwang, S. Y. (2015). Health-related quality of life in symptomatic postmyocardial infarction patients with left ventricular dysfunction. *Asian nursing research*, 9(1), 47–52.

Kolarczyk, E., Kohanová, D., Witkowska, A., Szymiczek, M., Młynarska, A. (2024). The factors of quality of life among patients after myocardial infarction in Poland: a cross-sectional study. The quality of life among patients after myocardial infarction. *Scientific Reports*, 14(1), 15925.

Kornhaber, R., Walsh, K., Duff, J., Walker, K. (2016). Enhancing adult therapeutic interpersonal relationships in the acute health care setting: an integrative review. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 9, 537–546.

Krittanawong, C., Liu, Y., Mahtta, D., Narasimhan, B., Wang, Z., Jneid, H., Tamis-Holland, J. E., Mahboob, A., Baber, U., Mehran, R., Wilson Tang, W. H., Ballantyne, C. M., Virani, S. S. (2020). Non-traditional risk factors and the risk of myocardial infarction in the young in the US population-based cohort. *International journal of cardiology,* 30. 100634.

Lamesgin Endalew, H., Liyew, B., Kassew, T., Ewnetu Tarekegn, G., Dejen Tilahun, A., Sewunet Alamneh, T. (2021). Health-Related Quality of Life Among Myocardial Infarction Survivors: Structural Equation Modeling Approach. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14. 1543–1552.

Lan, D. H., Zhang, Y., Hua, B., Li, J. S., He, Y., Chen, H., Li, W. P., Li, H. W. (2022). Impact of Obesity on Microvascular Obstruction and Area at Risk in Patients After ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction: A Magnetic Resonance Imaging Study. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity,* 15. 2207–2216.

Lebel, V., Charette, S. (2021). Nursing Interventions to Reduce Stress in Families of Critical Care Patients: An Integrative Review. *Critical care nurse*, 41(1), 32–44.

Ledermann, K., von Känel, R., Barth, J., Schnyder, U., Znoj, H., Schmid, J. P., Meister Langraff, R. E., Princip, M. (2020). Myocardial infarction-induced acute stress and post-traumatic stress symptoms: the moderating role of an

alexithymia trait - difficulties identifying feelings. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1804119.

Liljeroos, T., Humphries, S., Puthoopparambil, S. J., Norlund, F., Olsson, E. M. G. (2023). Management of emotional distress following a myocardial infarction: a qualitative content analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 52(1), 47–64.

Liu, T., Zhao, D., Qi, Y. (2022). Global Trends in the Epidemiology and Management of Dyslipidemia. *Journal of Clinical Medicine*, 11(21), 6377.

Maleki, A., Faghihzadeh, E., Youseflu, S., Barjasteh, S. Z. (2023). Socio-economic inequalities in health-related quality of life among Iranian young people in the middle stage of adolescence: application of Health Equity Assessment Toolkit. *BMC Pediatrics*, 23(1), 16.

Mao, Z., Ahmed, S., Graham, C., Kind, P. (2021). The Unfolding Method to Explore Health-Related Quality of Life Constructs in a Chinese General Population. *Value in health*, 24(6), 846–854.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.

Meijer, A., Conradi, H. J., Bos, E. H., Thombs, B. D., van Melle, J. P., de Jonge, P. (2011). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry*, 33(3), 203–216.

Molazem, Z., Taheri, E., Najafi Kalyani, M. (2024). Effectiveness of family-oriented education on self-care behaviors of patients with acute myocardial infarction: A randomized clinical trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 12(1), 13–22.

Molina-Mula, J., Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 835.

Mosleh, S. M., Eshah, N. F., Almalik, M. M. (2017). Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26. 418–426.

Munir, A. (2024). The use of biochemical cardiac markers in acute coronary syndrome. *Journal of Animal and Plant Research*, 1(1).

Nuraeni, A., Mirwanti, R., Anna, A. (2018). Coronary heart disease patients' learning needs. *Belitung Nursing Journal*, 4. 287–294.

O'Brien, F., McKee, G., Mooney, M., O'Donnell, S., Moser, D. (2014). Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: a randomized controlled trial. Patient Education and Counseling, 96(2), 179–187.

Özdemir, L. (2015). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Ağrının Özellikleri ve Ağrıyı Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 34-45.

Özer, S., Sezgin, D. (2015). Kalp yetersizliğinde öz bakım. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni*, 7(4), 1–4.

Pandit, A. (2017). Hypertension and myocardial infarction: A study and review. *Journal of Cardiology and Clinical Research*, 5(6), 1118–1123.

Patel, N., Chen, O., Donahue, C., Wang, B., Fang, Y., Donnino, R., Natarajan, S. (2017). Impact of diabetes on heart failure incidence in adults with ischemic heart disease. *Journal of diabetes and its complications*, 31(11), 1597–1601.

Pavlovic, N. V., Gilotra, N. A., Lee, C. S., Ndumele, C., Mammos, D., Dennisonhimmelfarb, C., AbshireSaylor, M. (2022). Fatigue in Persons With Heart Failure: A Systematic Literature Review and Meta-Synthesis Using the Biopsychosocial Model of Health. *Journal of cardiac failure*, 28(2), 283–315.

Pedersen, L. R., Frestad, D., Michelsen, M. M., Mygind, N. D., Rasmusen, H., Suhrs, H. E., Prescott, E. (2016). Risk Factors for Myocardial Infarction in Women and Men: A Review of the *Current Literature*, 22(25), 3835–3852.

Pencina, M. J., Navar, A. M., Wojdyla, D., Sanchez, R. J., Khan, I., Elassal, J., D'Agostino, R. B., Sr, Peterson, E. D., Sniderman, A. D. (2019). Quantifying Importance of Major Risk Factors for Coronary Heart Disease. *Circulation*, 139(13), 1603–1611.

Powell-Wiley, T. M., Poirier, P., Burke, L. E., Després, J. P., Gordon-Larsen, P., Lavie, C. J., Lear, S. A., Ndumele, C. E., Neeland, I. J., Sanders, P., St-Onge, M. P., American Heart Association Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing;

Council on Clinical Cardiology; Council on Epidemiology and Prevention; and Stroke Council. (2021). *Obesity and cardiovascular disease*, 143(21), e984–e1010.

Ramotowski, B., Undas, A., Budaj, A. (2023). Altered platelet reactivity, coagulation, endothelial and inflammatory markers early after smoking cessation verified with cotinine plasma concentration. *Journal of thrombosis and thrombolysis*, 56(1), 75–81.

Ranthe, M. F., Petersen, J. A., Bundgaard, H., Wohlfahrt, J., Melbye, M., Boyd, H. A. (2015). A detailed family history of myocardial infarction and risk of myocardial infarction--a nationwide cohort study. *PloS one*, 10(5), e0125896.

Ricci, L., Villegente, J., Loyal, D., Ayav, C., Kivits, J., Rat, A. C. (2022). Tailored patient therapeutic educational interventions: A patient-centred communication model. *Health expectations*, 25(1), 276–289.

Roberts Davis, M. C., Dieckmann, N. F., Hansen, L., Gupta, N., Hiatt, S., Lee, C., Denfeld, Q. E. (2024). Are Physical and Depressive Symptoms Different Between Women and Men With Heart Failure?: An Exploration Using Two Analytic Techniques. *The Journal of cardiovascular nursing*, 39(4), 401–411.

Rollán, M. J., San Román, J. A., Bratos, J. L., Muñoz, A. C., Casero, A., Carrasco, F. J. (2003). Acute pulmonary edema secondary to myocardial damage after electrical cardioversion. *Pacing and Clinical Electrophysiology*, 26(12), 2330–2332.

Sabouret, P., Lemesle, G., Bellemain-Appaix, A., Aubry, P., Bocchino, P. P., Rafflenbeul, E., Belle, L., Nolan, J., Bernardi, M., Biondi-Zoccai, G., Savage, M. P., Banach, M., Cayla, G. (2022). Post-discharge and long-term follow-up after an acute coronary syndrome: International Collaborative Group of CNCF position paper. *Archives of medical science,* 18(4), 839–854.

Sachdeva, P., Kaur, K., Fatima, S., Mahak, F., Noman, M., Siddenthi, S. M., Surksha, M. A., Munir, M., Fatima, F., Sultana, S. S., Varrassi, G., Khatri, M., Kumar, S., Elder, M., Mohamad, T. (2023). Advancements in Myocardial

Infarction Management: Exploring Novel Approaches and Strategies. *Cureus*, 15(9), e45578.

Sachdeva, P., Kaur, K., Fatima, S., Mahak, F., Noman, M., Siddenthi, S. M., Surksha, M. A., Munir, M., Fatima, F., Sultana, S. S., Varrassi, G., Khatri, M., Kumar, S., Elder, M., Mohamad, T. (2023). Advancements in Myocardial Infarction Management: Exploring Novel Approaches and Strategies. *Cureus*, 15(9), e45578.

Salari, N., Morddarvanjoghi, F., Abdolmaleki, A., Rasoulpoor, S., Khaleghi, A. A., Hezarkhani, L. A., Shohaimi, S., Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 206.

Santos, B. M., Guimarães, I. S. S., Avena, K. M., Paiva Filho, I. M., & Roriz, P. S. (2023). Quality of Life in Patients After Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Int. J. Cardiovasc. Sci*, 36, e20230041.

Sarıoğlu, T. M., Gök, F. (2022). Determination of predischarge learning needs of patients with myocardial infarction. *Cardiovascular Surgery and Interventions*, 9(3), 159–167

Shan, Y., Chen, J., Zhou, S., Wen, G. (2023). Nursing Interventions and Care Strategies for Patients with Coronary Heart Disease: A Comprehensive Review. *Galen medical journal*, 12. e2994.

Sharifi, M. H., Eftekhari, M. H., Ostovan, M. A., Rezaianazadeh, A. (2017). Effects of a therapeutic lifestyle change diet and supplementation with Q10 plus L-carnitine on quality of life in patients with myocardial infarction: A randomized clinical trial. *Journal of cardiovascular and thoracic research*, 9(1), 21–28.

Sir, Ö., Özakgül, A. (2022). Evaluation of the Perception of Illness and Quality of Life in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Turk Kardiyoloji Dernegi*, 50(3), 209–216.

Sirgy, M. J. (1986). A quality-of-life theory derived from Maslow's developmental perspective. *American Journal of Economics and Sociology*, 45(3), 329–342.

Sohaib, M., Maryam, H., Ali, A., Fatima, M., Ahmad, W. (2022). A Comparative Study of Biochemical Markers in the Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction (AMI). *Saudi J Pathol Microbio*l, 7(8), 345-357.

Sungur, A., Sungur, M. A., Simsek, B., Tezen, O., Yumurtas, A. C., Inan, D., Genc, D., Can, F., Karabay, C. Y. (2023). Body fat percentage and infarct size in patients with non-ST segment elevation myocardial infarction. *Northern clinics of Istanbul*, 10(5), 567–574.

Svendsen, M. T., Bøggild, H., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Kragholm, K., Hansen, S. M., Riddersholm, S. J., Nielsen, G., Torp-Pedersen, C. (2020). Uncertainty in classification of death from fatal myocardial infarction: A nationwide analysis of regional variation in incidence and diagnostic support. *PloS one*, 15(7), e0236322.

Şahan, E., Eroğlu, M. Z., Karataş, M. B., Mutluer, B., Uğurpala, C., Berkol, T. D. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian heart journal*, 70(3), 143–147.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/aile-hekimligi-egitim-ve-izleme-db/Dokumanlar/Rehberler/Saglik_Istatistikleri_Yilligi_2021.pdf

Tan, M., Özdelikara, A., Polat, H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1), 1–8.

Thompson, D. R., Jenkinson, C., Roebuck, A., Lewin, R. J., Boyle, R. M., Chandola, T. (2002). Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Quality of life research*, 11(6), 535–543.

Tokarewicz, J., Jankowiak, B., Klimaszewska, K., Święczkowski, M., Matlak, K., Dobrzycki, S. (2025). Acceptance of Illness and Health-Related Quality of Life in Patients After Myocardial Infarction-Narrative Review. *Journal of clinical medicine*, 14(3), 729.

Tuna, S., Pakyüz, S. Ç. (2022). The effectiveness of planned discharge education on health knowledge and beliefs in patients with acute myocardial infarction:

A randomized controlled trial. *Irish Journal of Medical Science*, 191(2), 691–698.

Turan Kavradim, S., Canli Özer, Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomised controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 34(1), 247–260.

TÜİK. (2023). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri 2023. Available date: 08.04.2024. Available from: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri2022-49679#:~:text=Ölümler%20nedenlerine%20göre%20incelendiğinde%2C%202022.ile%20solunum%20sistemi%20hastalıkları%20izledi.

Türen, S., Efil, S. (2014). Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43–51.

Uysal, H., Özcan, Ş. (2012). The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International journal of nursing practice*, 18(5), 445–453.

Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., ve ark. (2021). 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, 42(34), 3227–3337.

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... Murray, C. J. L. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204–1222.

Wan, L., Yang, G., Dong, H., Liang, X., He, Y. (2024). Impact of cardiovascular disease on health-related quality of life among older adults in eastern China: evidence from a national cross-sectional survey. *Frontiers in public health*, 11, 1300404.

Wang, W., Thompson, D. R., Ski, C. F., Liu, M. (2014). Health-related quality of life and its associated factors in Chinese myocardial infarction patients. *European journal of preventive cardiology*, 21(3), 321–329.

Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., Luo, S. (2021). Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. *Clinical cardiology*, 44(6), 761–770.

WHO. (1997). WHOQOL: Measuring quality of life. Available date: 30.04.2025. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63482/1/who_msa_mnh_psf_97.4.pdf

WHO. (2022). Cardiovascular diseases. Available date: 29.09.2022. Available from: https://www.who.int/healthtopics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1

WHO. (2022). No amount of alcohol is good for the heart, says World Heart Federation. Available date: 01.05.2025. Available from: https://world-heart-federation.org/news/no-amount-of-alcohol-is-good-for-the-heart-says-world-heart-federation/

Winnige, P., Vysoky, R., Dosbaba, F., Batalik, L. (2021). Cardiac rehabilitation and its essential role in the secondary prevention of cardiovascular diseases. *World journal of clinical cases*, 9(8), 1761–1784.

Winzer, E. B., Woitek, F., Linke, A. (2018). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e007725.

Xing, Y., Yang, S. D., Wang, M. M., Feng, Y. S., Dong, F., Zhang, F. (2020). The Beneficial Role of Exercise Training for Myocardial Infarction Treatment in Elderly. *Frontiers in physiology*, 11, 270.

Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., Doğan, S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209.

Yandrapalli, S., Malik, A., Horblitt, A., Pemmasani, G., Aronow, W. S., Frishman, W. H. (2020). Cardiovascular Safety and Benefits of Noninsulin Antihyperglycemic Drugs for the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus: Part 2. *Cardiology in review*, 28(5), 219–235.

Yang, Z. Q., Fan, T. T., Wang, Z., Zhou, W. T., Wang, Z. X., Tan, Y., Wu, Q., Xu, B. L. (2022). Causal associations between blood pressure and the risk of myocardial infarction: A bidirectional Mendelian randomization study. *Frontiers in cardiovascular medicine*, 9, 924525.

Yılmaz, E., Eser, E., Şekuri, C., Kültürsay, H. (2011). Miyokart İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11, 386-401.

Zhang, X., Wang, H. (2025). Comparative effectiveness of mental health simulation techniques in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1).

Zuccarella-Hackl, C., Jimenez-Gonzalo, L., von Känel, R., Princip, M., Jellestad, L., Langraf-Meister, R. E., Znoj, H., Schmid, J. P., Barth, J., Schnyder, U., Ledermann, K. (2023). Positive psychosocial factors and the development of symptoms of depression and posttraumatic stress symptoms following acute myocardial infarction. *Frontiers in psychology*, 14. 1302699.

EKLER

EK 1

HASTA TANILAMA FORMU

1. Yaş: …….

2. Cinsiyet: a.Kadın b. Erkek

3. Boy:……m

4. Kilo:……kg

5. Eğitim durumu: a. Okuma yazma bilmiyor b. İlkokul mezunu . c. Ortaokul mezunu.

d. Lise mezunu e. Lisans mezunu

6.Medeni durum: a.Evli b. Bekar

7. Herhangi bir işte çalışma durumu: a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

8. Kiminle yaşıyor? a. Yalnız b. Ailesi ile

9. Sigara içme durumu? a. Evet b. Bırakmış c. Hiç içmemiş

10. Alkol kullanma durumu? a. Evet b. Bırakmış c. Hiç içmemiş

11. Myokard infarktüsü öncesi düzenli egzersiz yapma durumu: a. Evet b. Hayır

12. Myokard infarktüsü öncesi beslenmesine dikkat etme durumu: a. Evet b. Hayır

13. Birinci derece yakınında (anne, baba, kardeş) kalp hastalığı olan birey varlığı:

a) Evet b) Hayır

14. Myokard enfarktüsü dışında hekim tarafından tanı konulmuş başka kronik hastalık varlığı? a) Evet :……. b) Hayır

15. Günlük yaşam aktivitelerini tek başına yapabilme durumu:

a) Evet, tek başına yapabiliyor b) Yardımla yapabiliyor c) Hayır, tek başına yapamıyor

16. Genel olarak sağlığını nasıl değerlendiriyor?

a)İyi b)Orta c)Kötü

EK 2

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

	Önemli değil	**Biraz önemli**	**Ne az ne çok önemli**	**Çok önemli**	**Son derece önemli**
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir					
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?					
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?					
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?					
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?					
6. Evdeki bakımımda ne yapmalıyım?					
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?					
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?					
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?					
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?					
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?					
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?					
13. Hastalığımın belirtileri neler olabilir?					
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?					
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?					
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?					
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?					
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?					
19. Tedavimi kim takip edecek?					
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?					
21. Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?					

22. Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabilirim?					
23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?					
24. Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?					
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?					
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?					
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?					
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?					
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?					
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?					
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?					
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?					
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?					
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?					
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?					
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?					
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?					
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?					
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?					
40. Stresle nasıl baş edebilirim?					
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?					
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?					
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?					
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?					
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin					

edebilirim?					
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?					
47. Tedavimin amaçları nelerdir?					
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?					
49. Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?					
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?					

EK 3

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ BOYUTSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her soru için yalnız bir seçenek işaretleyiniz

Kalp krizi geçirdiğinizden beri, geçen hafta boyunca aşağıdakilerden her birini ne sıklıkla yaşadınız

1. Bedensel faaliyet yapmadan önce iyice düşünüyor musunuz? (Örn: Ev işi yapma ya da alışverişe gitme)

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

2. Göğüs ağrısı ile ilgili bulgularınız oluyor mu? (Örn: Göğüste ağrı/sıkışma)

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

3. Yaşamınızı etkileyen göğüs ağrınız oluyor mu (göğüste ağrı/sıkışma)?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

4. Hareketlerinizde yavaşlama oluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

5. Kendinizi güçsüz hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

6. Nefes almada zorluk çekiyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

7. Bedensel faaliyet yaptığınızda göğsünüzde ağrı/sıkışma oluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

8. Hareketlerinizin kısıtlanması nedeniyle sinirleriniz bozuluyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

9. Daha fazla dinlenmeye ihtiyaç duyuyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

10. Sosyal yaşantınızda azalma hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

11. Sorumlu olduğunuz ev işlerini yapmakta zorlandığınızı hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

12. Hava şartlarının göğüs ağrınızı daha da arttırdığını düşünüyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

13. Yeni bir kalp krizi geçireceğinizden korkuyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

14. Kendinizi soyutlanmış hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

15. Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

16. Seyahat etmek sizi tedirgin ediyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

17. Kendinizi kolay incinir ve korunmasız hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

18. Kendinizi güvensiz hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

19. Özgüveninizin etkilendiğini düşünüyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

20. Ölüm hakkında endişe duydunuz mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

21. Gelecek ile ilgili endişe ya da tedirginlik hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

22. Kendinizi huzursuz hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

23. Kendinizi kederli ya da çökkün hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

24.Kendinizi aksi bir insan olarak hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

25. Kendinizi stresli hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

26. Aile ya da arkadaşlarınızın size aşırı düzeyde koruyucu davrandıklarını hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

27. Bağımsızlığınızı (özgürlüğünüzü) kaybettiğinizi hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

28. Başkalarına güvenmek zorunda olduğunuzu hissediyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

29. Diyetiniz hakkında endişe duyuyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

30. Kolesterol seviyeniz hakkında endişe duyuyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

31. Kilonuz için kaygılanıyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

32. İlaç kullanıyor olmak sizi kaygılandırıyor mu?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

33. Kullandığınız ilaçların yan etkilerinin olmasından kaygılanıyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

34. Eskiye göre daha mı çok üşüyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

35. Kullandığınız ilaçların yan etkileri oluyor mu? (Örn: El ya da ayaklarda soğukluk/gece tuvalete gitme?)

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Her zaman

EK 4

ETİK KURUL İZİM BELGESİ

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-20292139-050.04-2400017789 18.05.2024
Konu : Etik Kurul Kararı (Derya ŞANLI)

Sayın Derya ŞANLI
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

"Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Öğrenim Gereksinimlerine Uygun Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırmanızla ilgili başvurunuz, kurulumuzun 25.03.2024 tarihli ve 2024/02 sayılı toplantısında değerlendirilerek araştırmanızın etik açıdan uygun bulunduğuna katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Kadir CANATAN
Kurul Başkanı

Ek: Derya ŞANLI

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: CA3MTTE Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/EBYS/Bkn.ssd/ConfirmationPage/Index
Adres: Halkalı Caddesi No: 281 Küçükçekmece/İstanbul Bilgi için : Şehla Şemsi Yesmeli Kalıp
Telefon No: Faks No: Telefon No:
e-Posta: İnternet Adresi: Dâhili Hat:
Kep Adresi: izu@hs01.kep.tr

İstanbul Zaim Üniversitesi	**ETİK ONAY BELGESİ**	Doküman No	ET-FR-675
		İlk Yayın Tarihi	27.11.2023
		Revizyon Tarihi	22.12.2023
		Revizyon No	01
		Sayfa	1/1

Tarih	25.03.2024
Sayı	2024/02
Araştırmanın Niteliği	Yüksek Lisans Tezi
Araştırmanın Adı	*Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Öğrenim Gereksinimlerine Uygun Verilen Tabarculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi*
Sorumlu Araştırmacının Adı Soyadı	Derya ŞANLI
Danışman Adı Soyadı	Doç. Dr. Feride TAŞKIN YILMAZ
Karar	UYGUNDUR

(İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'nun kararı tavsiye niteliğinde olup, Üniversitemizle ilgili etik ilkelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacını taşımaktadır.)

(Katıldı)
Prof. Dr. Kadir CANATAN
Başkan

(Katıldı)
Prof. Dr. Mehmet Emin KÖKTAŞ
Başkan V.

(Katıldı)
Prof. Dr. Mustafa ATEŞ
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Beytullah KAYA
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK
Üye

(Katıldı)
Prof. Dr. Yahya Kemal YOĞURTÇU
Üye

(Katıldı)
Av. Bilal ŞAMAT
Üye

Kurul Yeminli Kâtibi Selda ŞENOL

Dokümantasyon Onayı Prof. Dr. İbrahim GÜNEY Yönetim Sistemleri Temsilcisi
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: AUMFD7M Belge Takip Adresi: https://ubys.izu.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index

EK 5

KURUM İZNİ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01-258887657 07.11.2024
Konu : Derya ŞANLI'nın Çalışması Hk.

BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 05.08.2024 tarihli ve E-34555043-100-2400027536 sayılı yazı.

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Derya ŞANLI'nın ***"Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Öğrenim Gereksinimlerine Uygun Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi"*** başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **04.11.2024 tarih ve 2024/16 sayılı** kararınca **uygun görülmüştür.**

Çalışmanın hastanenizin uygun gördüğü zaman diliminde yapılması, (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması ve başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Opr. Dr. Zülfü KILIÇ
Başkan

Ek: Hastane Görüşü_Uygun

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Belge doğrulama kodu: CF55DD51-440E-4FF6-8C21-75225419FFF3 Belge doğrulama adresi: https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122
Telefon No: 02126383000
e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:
https://istanbulism.saglik.gov.tr/
Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Semra DEMİRKAYA
Ebe
Telefon No: 02126383399 - 3015

EK 6

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi "Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Öğrenim Gereksinimine Uygun Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Öğrenim Gereksinimine Uygun Verilen Taburculuk Eğitiminin Yaşam Kalitesine Etkisini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 45-60 dk ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır.** Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya ..... e-posta adresi ve ..... numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının**:**
Adı-
Soyadı:.....
İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin

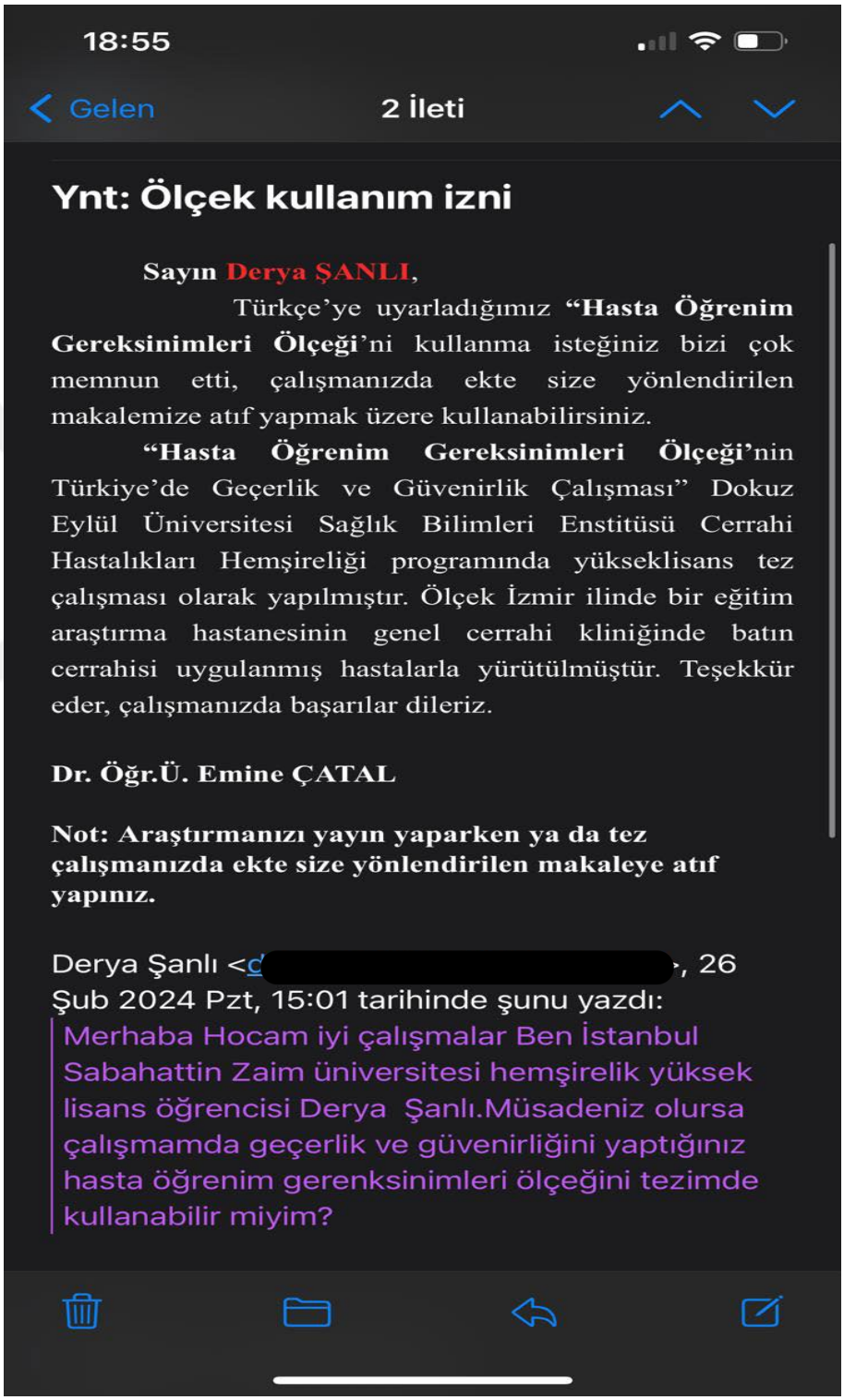
Adı-
Soyadı:.....
İmzası:
Araştırmacının

Adı-Soyadı: Derya ŞANLI
İmzası:

EK 7

ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



18:55

Gelen 2 İleti

Ynt: Ölçek kullanım izni

Sayın Derya ŞANLI,

Türkçe'ye uyarladığımız **"Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**'ni kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, çalışmanızda ekte size yönlendirilen makalemize atıf yapmak üzere kullanabilirsiniz.

"Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yükseklisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Teşekkür eder, çalışmanızda başarılar dileriz.

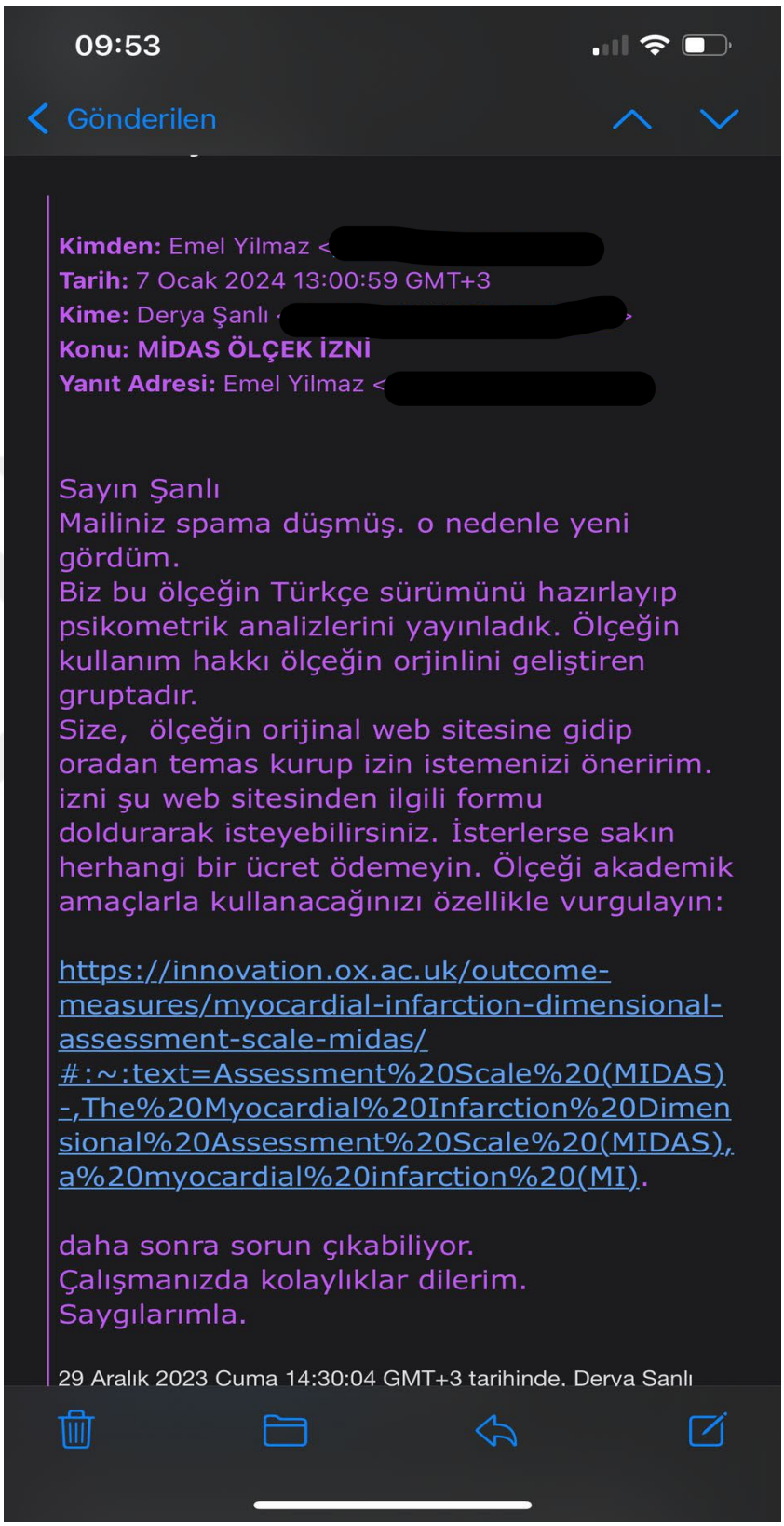
Dr. Öğr.Ü. Emine ÇATAL

Not: Araştırmanızı yayın yaparken ya da tez çalışmanızda ekte size yönlendirilen makaleye atıf yapınız.

Derya Şanlı <[redacted]>, 26 Şub 2024 Pzt, 15:01 tarihinde şunu yazdı:

> Merhaba Hocam iyi çalışmalar Ben İstanbul Sabahattin Zaim üniversitesi hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Derya Şanlı.Müsadeniz olursa çalışmamda geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız hasta öğrenim gerenksinimleri ölçeğini tezimde kullanabilir miyim?

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ BOYUTSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ



09:53

Gönderilen

Kimden: Emel Yilmaz <[redacted]
Tarih: 7 Ocak 2024 13:00:59 GMT+3
Kime: Derya Şanlı <[redacted]>
Konu: MİDAS ÖLÇEK İZNİ
Yanıt Adresi: Emel Yilmaz <[redacted]

Sayın Şanlı
Mailiniz spama düşmüş. o nedenle yeni gördüm.
Biz bu ölçeğin Türkçe sürümünü hazırlayıp psikometrik analizlerini yayınladık. Ölçeğin kullanım hakkı ölçeğin orjinlini geliştiren gruptadır.
Size, ölçeğin orijinal web sitesine gidip oradan temas kurup izin istemenizi öneririm. izni şu web sitesinden ilgili formu doldurarak isteyebilirsiniz. İsterlerse sakın herhangi bir ücret ödemeyin. Ölçeği akademik amaçlarla kullanacağınızı özellikle vurgulayın:

https://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/myocardial-infarction-dimensional-assessment-scale-midas/#:~:text=Assessment%20Scale%20(MIDAS)-,The%20Myocardial%20Infarction%20Dimensional%20Assessment%20Scale%20(MIDAS),a%20myocardial%20infarction%20(MI).

daha sonra sorun çıkabiliyor.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Saygılarımla.

29 Aralık 2023 Cuma 14:30:04 GMT+3 tarihinde, Derya Şanlı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Derya Şanlı

A. EĞİTİM

Yüksek Lisans: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği, 2023. İstanbul

Lisans: Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, 2018, Adana

B. MESLEKİ DENEYİM

2019-2020 Özel Özülkü Tıp Merkezi Acil Servis Hemşireliği

2020-Halen Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kardiyoloji Servis Hemşiresi